Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

Escuela de Posgrado

Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Educación

Valoración de la importancia del método clínico en la toma de decisiones en docentes, egresados y estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Santa María - 2018

Tesis presentada por la maestra:

GLADYS EDITH NUÑEZ ZEVALLOS

Para optar el grado académico de

Doctor en Ciencias: Educación

Asesor: Dr. Luis Ernesto Cuadros Paz

Arequipa – Perú

2019

DEDICATORIA

Dedico humildemente este trabajo a Dios padre todo poderoso, quien me dio la vida a través de mis amados padres terrenales **Luis Alberto y Carmen Rosa**, maestros inigualables a quienes les debo todo lo que soy.

A mi amado esposo **Javier Antonio** y mis adorados hijos **Jesús Alejandro y Valeria Del Carmen**, milagros de Dios en mi vida, inspiración permanente de superación.

A mis hermanos: **José Luis, María Lourdes, Julio Cesar, Jorge Luis y Mercedes Hermelinda**, por su cariño y apoyo de siempre y de quienes me siento muy orgullosa.

El autor.

AGRADECIMIENTO

A mis maestros, por sus enseñanzas.

A mis amados alumnos de pregrado, quienes me apoyaron en todo momento en la ejecución del trabajo, gracias por sacrificar su tiempo libre para poder capacitarlos y sobre todo para ir hospital por hospital para aplicar las encuestas,

Gracias mil, que Dios los bendiga siempre.

El autor.

RESUMEN

Antecedente: El método clínico es el método científico de la ciencia clínica. La formación del futuro médico necesita ser de la mejor calidad profesional, ello debe entenderse que este debe ser eficiente en su desempeño frente al paciente demostrando sus habilidades y conocimientos adquiridos durante su formación profesional. Toda práctica médica que no se base en el método clínico será ajena a la ciencia clínica y, en gran parte, responsable de la mala práctica médica.

Objetivo: Este estudio tiene como objetivo valorar la percepción de la importancia del método clínico en la toma de decisiones entre docentes, egresados y estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Santa María - 2018

Métodos: En esta investigación se encuestó a docentes, egresados que se encontraban realizando la residencia, y alumnos del sexto año de medicina de la universidad para indagar la importancia de la aplicación del método clínico en la toma de decisiones. Para la obtención de la información se aplicó los cuestionarios empleados por Corona Martínez LA (2008) en un estudio que fueron sometidos a los requisitos de fiabilidad y validez.

Resultados: La mayoría de docentes de medicina de la Universidad Católica de Santa María perciben al método clínico como importante en el proceso de toma de decisiones, la mayoría tiene conocimientos teóricos básicos para su aplicación, que debe realizarse en pregrado y como proceso controlado, ejerciendo una importante contribución en su enseñanza a través de la práctica diaria y la resolución de casos clínicos. Entre los egresados de medicina consideran importante el método clínico en la toma de decisiones, más de la mitad ha tenido condiciones para su aplicación y los que no lo logran es por falta de oportunidades, aunque mejora su capacidad en la toma de decisiones en relación a cuando eran estudiantes. Los estudiantes de medicina perciben como importante el método clínico en la toma de decisiones, aunque casi la mitad no lo aplicó en la práctica por falta de experiencia y oportunidades.

Conclusión: Se concluye que se requiere mejorar la capacidad de toma de decisiones en los alumnos para que como egresados y profesionales tengan la capacidad óptima en el manejo de pacientes.

PALABRAS CLAVE: toma de decisiones – método clínico – medicina – docentes – egresados – estudiantes.

ABSTRACT

Background: The clinical method is the scientific method of clinical science. The training of the future doctor needs to be of the best professional quality, it must be understood that he must be efficient in his performance in front of the patient demonstrating his skills and knowledge acquired during his professional training. Any medical practice that is not based on the clinical method will be foreign to clinical science and, in large part, responsible for "medical malpractice."

Objective: This study aims to assess the perception of the importance of the clinical method in decision making among teachers, graduates and medical students of the Catholic University of Santa María-2018

Methods: This research surveyed teachers, graduates who were doing residency, and students of the university's year of medical sex to investigate the importance of applying the clinical method in decision making. To obtain the information, the questionnaires used by Corona Martinez LA (2008) were applied in a study that was submitted to the requirements of reliability and validity.

Results: The majority of medical professors of the Catholic University of Santa Maria perceive the clinical method as important in the decision-making process, most have basic theoretical knowledge for its application, which must be carried out in undergraduate and as a controlled process, exercising an important contribution in their teaching through daily practice and the resolution of clinical cases. Among medical graduates consider the clinical method important in decision making, more than half have had conditions for its application and those who do not achieve it are due to lack of opportunities, although it improves their ability to make decisions in relation to When they were students. Medical students perceive the clinical method as important in decision-making, although almost half of it is not applied in practice due to lack of experience and opportunities.

Conclusion: It is concluded that it is necessary to improve the decision-making capacity in the students so that as graduates and professionals they have the optimal capacity in the management of patients.

KEY WORDS: decision making - clinical method - medicine - teachers - graduates - students.

INTRODUCCIÓN

Señor Director de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de San Agustín Arequipa

Señores Miembros del Jurado.

El presente trabajo de investigación tiene por objetivo valorar la importancia del método clínico en la toma de decisiones en docentes, egresados y estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Santa María - 2018.

El presente trabajo es de tipo cuantitativo, prospectivo, descriptivo, en la que se evaluó la aplicación del método clínico en la toma de decisiones en docentes, egresados y estudiantes de medicina.

El trabajo que se presenta a continuación se ha dividido en cuatro capítulos:

En el primer capítulo, se considera el marco teórico del estudio, donde se da cuenta sobre la importancia del método clínico en la toma de decisiones médicas.

En el segundo capítulo, se considera el marco operativo de la investigación, en el que se considera el problema a investigar, los objetivos, la justificación, la metodología de trabajo, la hipótesis que guía el desarrollo de la investigación, el diseño de la investigación, los participantes, el procedimiento de la aplicación de instrumentos y procedimiento para el tratamiento de los datos, asimismo se realiza el análisis e interpretación de los datos obtenidos, a través de la encuesta aplicada a los docentes, egresados y alumnos de sexto año según los objetivos planteados en el trabajo de investigación.

El tercer capítulo da cuenta de los resultados hallados en la presente investigación.

En el cuarto capítulo, se plantea una propuesta de mejora continua para la enseñanza de la toma de decisiones.

Finalmente, se dan a conocer las conclusiones de la investigación, que dan respuesta a las interrogantes, a los objetivos e hipótesis que motivan esta investigación.

La Autora.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	vi
 CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO	 1
1.1.El método clínico en la enseñanza de medicina.....	1
1.1.1. Fundamentos filosóficos del método científico.....	2
1.1.2. El sentido común y el método científico: "doxa" vs "episteme"	6
1.1.3. Etapas del método científico.	6
1.1.4. El método clínico como método científico.....	8
1.1.5. Etapas del método clínico.....	9
1.1.6. La enseñanza del método clínico y su escenario.	14
1.1.7. Escenario formativo.	16
1.1.8. La organización de la atención médica y las etapas del método clínico.....	17
1.1.9. El método clínico y el expediente clínico	18
1.1.10. El aprendizaje del método clínico	20
1.1.11. Estado actual del método clínico.....	21
1.1.12. Toma de decisiones en medicina.....	25
1.1.13. Fundamentos acerca de la toma de decisiones como proceso.	28
1.1.14. Contribución del método clínico a la formación de la habilidad toma de decisiones médicas.....	31

CAPÍTULO II MARCO OPERATIVO DE LA INVESTIGACION.....	35
2.1. El problema.....	35
2.2. Objetivos.....	36
2.2.1. Objetivo general.....	37
2.2.2. Objetivos específicos	37
2.3. Hipótesis	37
2.4. Variables	38
2.5. Población y muestra	40
2.5.1. Población.....	40
2.5.2. Muestra.....	40
2.6. Tipo de investigación	38
2.7. Tecnicas e instrumentos de recolección	40
CAPÍTULO III: RESULTADOS	40
CAPÍTULO IV: PROPUESTA DE MEJORA CONTINUA	70
4.1. Denominación.....	71
4.2. Localización.....	71
4.3. Justificación	71
4.4. Objetivos del Programa	72
4.5. Metodología y procedimientos.....	72
CONCLUSIONES	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
APENDICES	

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 EL MÉTODO CLÍNICO EN LA ENSEÑANZA DE MEDICINA

Según Arteaga, J., Fernández, J.A. (2010), el método clínico es el método científico de la ciencia clínica, la que tiene como objetivo de estudio el proceso salud enfermedad. Toda práctica médica que no se base en el método clínico será ajena a la ciencia clínica y, en gran parte, responsable de la “mala práctica médica”. Para Ilizástigui y Rodríguez (1990), el método clínico no es más que el método científico aplicado al trabajo con los pacientes.

También se define como una forma de utilizar el método científico a escala observacional y experimental pues toda observación bien hecha es una investigación y toda terapéutica bien diseñada un experimento (Basart, 2013).

El método, como categoría, se refiere a la manera determinada de procedimientos para ordenar la actividad y lograr un objetivo, o sea, el método describe la dinámica del proceso, la vía para su ejecución, la lógica.

Los clínicos observaron que en cada uno de los enfermos la misma afección tenía una expresión clínica diferente y peculiar; describieron entonces lo que se denominó formas clínicas de la enfermedad. De estas observaciones, y de la contradicción dialéctica de lo que es similar, pero a la vez distinto, surgió el aforismo de que no existen enfermedades sino enfermos (Salas, 1999).

En los cursos de clínica de la carrera médica se debe enseñar el método clínico como base fundamental de conocimientos, desarrollo de habilidades y reforzamiento de valores, logrando en ellos una formación integral que dará paso a un mejor desempeño profesional.

Para ello considera la unidad de los aspectos curativos con los promocionales, de los preventivos y de rehabilitación, de lo biológico, con lo psicológico y lo social, así como los concernientes al ambiente físico que interactúa con el proceso salud enfermedad.

La formación del futuro médico necesita ser de la mejor calidad profesional ello debe entenderse que este debe ser eficiente en su desempeño frente al paciente demostrando sus habilidades y conocimientos adquiridos durante su formación profesional. (Triviño, 2002).

Este proceso en la enseñanza de la medicina y en particular en la enseñanza de la clínica está orientado al dominio del método clínico. El método científico, es decir el método clínico, que se aplica a diario con cada uno de los pacientes, nos sirve para el diagnóstico, tratamiento, profilaxis, manejo posterior y control del paciente durante sus consultas, por ello es una guía de trabajo diseñada por el profesional médico, considera como eje central y fundamental la relación del médico con el paciente. Este historial clínico es la principal herramienta que permitirá al médico concluir un diagnóstico sustentado de la enfermedad de su paciente (Moreno, 2000).

1.1.1 FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS DEL MÉTODO CIENTÍFICO

El problema “esencial de la filosofía” radica en el entendimiento de la teoría del conocimiento científico para hallar la verdad (Hernández, 2002).

El marxismo distingue dos aspectos en el problema fundamental de la filosofía. El primer punto habla de las relaciones entre el ser – pensar, entre materia-conciencia, entre objeto – sujeto. Quién es primero y quien después. Responder a estas interrogantes nos faculta conceptualizar dos campos cognitivos: materialismo e idealismo filosófico. El segundo punto de este inconveniente está relacionado con la cognoscibilidad del mundo. La corriente filosófica que plantea la incognoscibilidad del mundo es el agnosticismo que radica en el campo filosófico idealista (Hernández 2002).

Según Vidal (2005) y Arteaga (2010), la teoría del conocimiento contempla tres fases en la construcción del conocimiento y del pensamiento:

1) LA FASE CONCRETO-SENSIBLE

Es la primera etapa en el conocimiento del objeto. Por medio de nuestros sentidos llegamos a captar el aspecto externo de aquel. Esta fase de conocimiento es compartida con los animales.

2) LA FASE LÓGICO-ABSTRACTA O RACIONAL

Es restringido del hombre. Con esta fase se intenta llegar a la estructura interna de nuestro objeto de estudio, basados en la información transmitida por nuestros órganos de los sentidos. Del conocimiento fenomenológico externo a lo esencial interno, mediante procesos lógicos de análisis (del todo o las partes), síntesis (de las partes al todo), deducción (de lo general a lo particular), inducción (de lo particular a lo general) abstracción (destacar el aspecto esencial, prescindir de los aspectos no esenciales), generalización (concepto abarcador de los rangos comunes esenciales que caracterizan el objeto) (Arteaga, 2010).

No siempre el conocimiento va de la inducción sensible a la deducción racional. También se puede darse de forma inversa, partiendo de lo general teórico a través de la práctica.

Es posible obtener nuevos conocimientos a partir de conocimientos ya establecidos, proceso conocido como inferencia lógica o razonamiento. El pensamiento se apropia de los aspectos esenciales del objeto, lo reproduce prescindiendo de sus elementos superfluos o contingentes, originando así el concepto (Arteaga, 2010).

Parecido a que los objetos y la materia se están moviendo, los conceptos también lo están. El conocimiento es el resultado de la relación entre lo racional y los sentidos, entre el sujeto-objeto, esta óptica sobrepasa los abordajes unilaterales.

Así, el empirismo solo reconoce validez al conocimiento que se nos da a través de los órganos de los sentidos y que es susceptible de investigación a través de la experimentación. Aquí la verdad está en el objeto. No obstante, el conocimiento no es todo lo que proporcionan los sentidos debido a que las representaciones sensoriales están siempre en nuestros pensamientos. Como dice Ilizástigui más que reflejar la realidad, la refractamos.

El conocimiento empírico viene de nuestra experiencia observacional y práctica. El conocimiento teórico devela los nexos y regularidades procedentes de la experiencia mediante el pensamiento abstracto. El nivel teórico y empírico de nuestros conocimientos están conectados

En otro aspecto. Lo racional desconoce el origen sensorial del conocimiento al acrecentar la función del pensamiento en la cognición. A la contemplación sensorial oponen la contemplación supra sensorial o intelectual. La razón, sin el concurso de la experiencia sensorial, puede conocer directamente la esencia del objeto: Aquí la verdad está en el sujeto (Arteaga, 2010).

3) LA FASE CONCRETA PENSADA.

En la relación sujeto-objeto, el sujeto cognoscente en su proceso de conocimiento transforma los datos concretos procedentes de la fase sensorial (concreto-sensible) de la

realidad objetiva, en abstracciones y generalizaciones teóricas mediante el pensamiento lógico. Posteriormente esas generalizaciones se vuelven a convertir en objetos y fenómenos concretos como verdades concretas conocidas. Ello es lo que permite actuar sobre la realidad a través de la práctica social transformadora, la cual se constituye en base, fin y criterio de la verdad. Es posible ad integrar el conocimiento del objeto en su manifestación esencial y fenomenológica. Es evidente que el proceso del conocimiento discurre de lo concreto a lo concreto y de una práctica a otra práctica. Procede aceptar que la verdad es objetiva porque está contenida en el mundo exterior al sujeto y es subjetiva porque solo puede darse en el sujeto cognoscente.

Entonces el objeto y el sujeto están integrados por la práctica multidimensional humana, La relación sujeto-objeto contempla tres puntos de tratamiento metodológico, que se deben considerar complementarios ya que muestran etapas distintas de la relacionada una de ellas con un campo propio de consideración (Arteaga, 2010).

- **ENFOQUE LÓGICO-POSITIVISTA:** El objeto es reflejado por el sujeto, la acción de éste es excluida para que no influya en la relación, en busca de la máxima objetividad.
- **ENFOQUE FENOMENOLÓGICO:** El estado consiente del sujeto es quién determina la acción cognoscente sin que intervenga el objeto de cognición conocido como subjetividad.
- **ENFOQUE HERMENÉUTICO:** Antes que desconectar el sujeto y el objeto, lo considera inmersos como parte integrante de una totalidad en una circularidad objeto/sujeto mediada por la praxis transformadora, que conjuga las objetividades y subjetividades del quehacer humano en pos de lograr la cognición mediante aproximaciones sucesivas.

1.1.2 EL SENTIDO COMÚN Y EL MÉTODO CIENTÍFICO: "DOXA" VS "EPISTEME"

El hombre en su relación con la naturaleza y la sociedad va percibiendo el mundo y con su práctica lo va cambiando y él también va cambiando. En el conocimiento empírico-espontáneo, general para todos los seres humanos según su grado de desarrollo.

La adquisición de los conocimientos no está separada del empleo de los conocimientos. No se requiere una capacitación especial para ello, ni de medios o instrumentos especiales para su obtención. Es el sentido común de conocer y valorar el mundo circundante, la "doxa" u opinión común, la actividad cognoscitiva cotidiana del hombre (Hernández, 2002).

La ciencia se forma históricamente como un proceso especial del conocimiento para dar respuesta a necesidades del desarrollo social, descubrir los nexos internos o leyes de los procesos y fenómenos. Requiere de grupos especialmente capacitados para investigar, así como de medios e instrumentos especiales de investigación de la realidad. Se concreta en un objeto de estudio particular, una parcela de la realidad. Adecua un sistema de estudio y de conceptos que manifiestan los principios lógico-gnosológico que facultan estipular la veracidad de los resultados. Ante la sabiduría común se crea el conocimiento científico (Arteaga, 2010).

1.1.3 ETAPAS DEL MÉTODO CIENTÍFICO.

Las etapas fundamentales del método científico por ellos propuestas: Las etapas fundamentales del método científico son las siguientes (Arteaga, 2010):

- a) LA EXISTENCIA DE UN PROBLEMA**, de una laguna del conocimiento, de una situación que no ha podido tener solución por el pensamiento ordinario o sentido común, y que se presenta en la vida diaria del hombre como una necesidad. Es posible que no se trate de una necesidad inmediata de la vida social, sino simplemente de una necesidad pura de conocer la verdad, que surge en el trabajo de los científicos. El problema debe ser

formulado con precisión desde el primer momento. En ciertas circunstancias sólo aparece después del acople de información derivada de un amplio trabajo científico.

b) BÚSQUEDA, RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE TODA LA INFORMACIÓN

EXISTENTE hasta ese momento acerca del problema o cualquier conocimiento o experiencia acumulada previamente por la disciplina conectada directa o indirectamente con el impedimento. Este procesamiento de la información debe ser independiente del juicio previo que tenga de ella el investigador (útil o inútil, veraz o inexacta).

c) LA FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS O CONJETURAS, que, de modo

aparentemente lógico, racional, dan solución al problema, o es la clase que permite resolver la necesidad planteada, o explica la esencia de lo que no se conoce. Estas hipótesis, obviamente, surgirán del análisis del problema y de la información que sobre el mismo se dispone. Las conjeturas que propongan deben ser bien definidas y fundadas de algún modo y no suposiciones que no se comprometan en concreto, ni tampoco ocurrencias sin fundamento visible.

d) LA HIPÓTESIS O CONJETURAS SON SOMETIDAS A CONTRASTACIÓN, a

prueba, para conocer si son o no ciertas. Según la hipótesis, se planifican diversos procedimientos, experimentos, técnicas, las que deben ejecutarse con una determinada metodología e interpretadas de tal manera que la introducción ni las conclusiones no posean errores.

Estos procederes deben dar una respuesta final de sí o no a la hipótesis o conjeturas planteadas. También se debe contrastar estas técnicas para probar su trascendencia.

Si la hipótesis no se comprueba, se puede formular una nueva o producirse un hallazgo que pudiera haber surgido de la búsqueda, del análisis sistemático realizado a lo largo de las investigaciones, observaciones o experimentos. La negación de la hipótesis es también un avance del conocimiento científico.

Si la hipótesis se comprueba, debe darle solución parcial o total al problema; hay que determinar en qué terreno vale la hipótesis comprobada. Es posible que la validez se limite sólo a las condiciones específicas de lo investigado; pero también es posible que además de ello, a partir del nuevo conocimiento o descubrimiento se generen leyes o teorías que permitan resolver otros problemas o comprender otros fenómenos, al inicio aparentemente inconexos o formular los nuevos problemas originados para la Investigación.

e) LA COMUNICACIÓN a la comunidad científica internacional del resultado de la investigación, cualquiera que sea el resultado alcanzado, es un deber inexcusable de cada investigador. Esto permitirá que otros científicos en cualquier parte del mundo puedan poner a prueba la comprobación realizada, y reproducirla en su totalidad si las condiciones son similares. El método científico debe ser aplicado en todos los casos sin violaciones de la ética vigente.

1.1.4 EL MÉTODO CLÍNICO COMO MÉTODO CIENTÍFICO.

La medicina individual, la clínica, utiliza el método científico a escala observacional y experimental si aceptamos que toda observación bien hecha es una investigación y toda terapéutica bien diseñada es un experimento. Como recomendaba E. Sergent, el célebre clínico francés de la primera mitad del presente siglo, de lo que se trata es de: **mirar terca y tenazmente el "experimento espontáneo" que todo enfermo nos brinda** (Vidal, 2013).

El estudio de los enfermos ha permitido hacer generalizaciones de carácter teórico que nutrieron y nutren el cuerpo de conocimientos de la semiología, la patología, la clínica, la terapéutica y otras disciplinas afines. De manera simultánea que se detectan las regularidades que nos facultan afianzar que muchos de los enfermos tenían una misma enfermedad, los médicos internistas identifican que en los enfermos, la afección tenía una manifestación clínica diferente, peculiar, de esta controversia surge el adagio de que no existen enfermedades sino enfermos.

Cada persona es igual a las demás (tiene los mismos órganos, pertenece al mismo género), pero es a la vez diferente, puesto que su construcción genética es diferente y su medio ambiente tiene siempre peculiaridades individuales, aunque se trate de hermanos. Cada persona es única, y no ha existido ni existirá otra igual. Por esta razón la expresión clínica y evolutiva es diferente para cada enfermo, aun teniendo la misma afección. Se trata en cada caso de un experimento nuevo de la naturaleza (Vidal, 2013).

Si a la variabilidad genética y ambiental unimos además los diferentes modos de actuar de un mismo agente etiológico, las asociaciones en un mismo paciente de más de un proceso morboso, el estado de su inmunidad natural en un momento dado, así como su respuesta física y psíquica al proceso morboso, comprenderemos que, al enfrentarnos a un enfermo, lo hacemos a una situación nueva y peculiar, no vista previamente. Finalmente, el diagnóstico será de diferentes patologías conocidas; para ello es sabido que el profesional de la salud tenga experiencia, dedicación, sea observador, detallista y sea capaz de analizar e identificar los cuadros nuevos y pueda determinar con precisión los diagnósticos.

Se trata de la evaluación integral del paciente y de decisiones que tienen que ver con algo tanpreciado como la salud y aun la propia vida (Cruz, 2012).

Cada paciente es una situación nueva. Cada paciente debe ser investigado y el método de la ciencia es el que debe utilizarse. El método clínico no es más que el método científico aplicado al trabajo con los pacientes.

1.1.5 ETAPAS DEL MÉTODO CLÍNICO.

Las fases del método clínico se basan en las fases del método científico con la diferencia que se establece claramente la relación médico-paciente inherente a la práctica médica (Vidal, 2013; Cruz, 2012).

a) EL PROBLEMA, en este caso es el trastorno o pérdida de la salud, por lo cual consulta el paciente, lo que motiva al enfermo a solicitar la ayuda del clínico. Este problema o

problemas - porque no pocas veces no se trata de uno solo- deben ser precisados con toda nitidez. Si es parte de una falsedad, de un supuesto, producto de la superficialidad o del apuro en el primer contacto con el paciente, será absurdo pensar que puede aplicarse con éxito el método clínico. Un ejemplo lo tenemos en los pacientes que consultan por "mareo". Para cada paciente esta palabra tiene un significado diferente. En ella cabe la crisis vagal, el vértigo, la ansiedad, la ausencia epiléptica, la ataxia, la alcalosis por hiperventilación y otras sensaciones. Si el médico no precisa la sensación subjetiva o el síntoma que el paciente codifica como mareo, todo el resto de su ruta crítica en la aplicación del método clínico estará desviado, desorientado.

La motivación subjetiva del paciente, lo que movió a buscar la ayuda del médico, debe ser conocida también con certeza, pues forma siempre parte del problema, o a veces incluso, está motivación es el verdadero problema. A veces un paciente no consulta por el síntoma, sino por lo que él piensa acerca del síntoma que lo aqueja.

b) LA BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN BÁSICA EN EL MÉTODO CLÍNICO, se refiere específicamente al interrogatorio y al examen físico del paciente, es decir, a la historia clínica.

Este proceso va orientado por la experiencia y conocimientos que posee el médico internista en relación a la hipótesis del problema planteado. Comúnmente este proceder ahorra tiempo y nos permite analizar datos que probablemente se nos hubieran pasado o que muchas veces el paciente olvido relatarnos porque pensó que no eran importantes. Sin duda, el médico internista debe ser de mente amplia en la búsqueda de datos porque de lo contrario se podría limitar la información procedente del paciente.

El examen físico debe realizarse completo, independientemente de que se detalle más el aparato hacia el cual orienta la sintomatología subjetiva. La información debe recogerse en detalle en la historia clínica.

c) LA HIPÓTESIS O CONJETURA en el método clínico, es el o los diagnósticos presuntivos. Es imprescindible que este diagnóstico o diagnósticos sean bien definidos, se basen en la información recogida y tengan un fundamento. Es lógico que, si la búsqueda de información fue deficiente o inexacta, las hipótesis no tendrán posibilidad alguna de comprobarse, y todos los pasos siguientes no tendrán basamento alguno. No es posible que ningún científico pueda diseñar un programa de investigación, si no sabe para qué lo hace. Con no poca frecuencia, se viene violando por algunos la etapa del análisis de la información que lleva a las conjeturas o hipótesis diagnósticas, y se programan investigaciones complementarias que no tienen ninguna fundamentación, que se indican sobre la base de diagnósticos del tipo de esplenomegalia para estudio, etcétera.

d) SOMETEMOS A CONTRASTACIÓN EL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO mediante el estudio de la evolución del paciente y la programación de diversas pruebas de laboratorio, imagenológicas, anatomopatológico y otras, es decir, de la moderna tecnología a nuestro alcance. No hay que olvidar que estas técnicas no son inhumanas, son también realizadas e interpretadas por humanos. De la misma manera que los médicos internistas evalúan, interpretan la sintomatología que refiere el paciente y los demás servicios de ayuda al diagnóstico que pueden estar errados. No existe método que no tenga un límite de sensibilidad. La ciencia misma progresa por aproximaciones sucesivas.

El clínico incluso tiene la ventaja que además de los síntomas y los signos, puede estudiar a la persona, al ser humano que las padece, puede conocer su vida completa, donde no pocas veces se encuentra si no la causa, al menos factores precipitantes, coadyuvantes de la afección.

Lo que se ha vuelto obsoleto es la técnica antigua, no la clínica. De unas pocas exploraciones que teníamos al alcance de los años 40, hoy tenemos numerosas técnicas, mucho más precisas y que permiten un conocimiento mucho más profundo de la biología

de nuestros pacientes. Algunos médicos, aunque no lo dicen, actúan como si las técnicas pudieran sustituir el pensamiento, hacer innecesarias las conjeturas diagnósticas, obviar el interrogatorio y el examen físico cuidadoso (Arteaga, 2010).

Se actúa como si el avance tecnológico permitiera echar por la borda la ciencia clínica desarrollada a lo largo de siglos de cuidadosa observación. Lo curioso es que en los países más desarrollados donde se crea y desarrollan las técnicas en los centros médicos de más nivel, se sigue siendo cuidadoso en la recogida e interpretación de los datos clínicos, en tanto que estas tendencias nocivas ocurren en los sitios que importan o compran las técnicas. Es conocido que a través del interrogatorio del paciente se logra el 60-70 de los diagnósticos, si a esto se agrega la evaluación física, la asertividad se puede elevar al 80% y los diversos estudios de apoyo diagnóstico confirman lo anterior y hacen subir el grado de asertividad a un 95%.

Si se prescinde o se elimina la ciencia clínica, la medicina se encarecería notablemente, se haría además mecánica e irracional y podría incluso crear iatrogenia. Ninguna técnica puede sustituir el pensamiento humano, el intelecto del hombre. Los datos que provienen de la evaluación clínica del paciente son siempre importantes y muchas veces nos permiten confirmar un diagnóstico presuntivo. Por demás, es oportuno destacar que la jerarquía o importancia de la información no depende de la fuente.

Un dato clínico puede ser de vital importancia y un dato de ayuda diagnóstica muchas veces sin trascendencia. Por supuesto, lo inverso también es cierto. Por tanto, se debe analizar el dato, independientemente de su procedencia, es decir, si es clínico o procede de las técnicas de exploración complementarias (Cruz, 2012).

e) FINALMENTE SE LLEGARÁ A UN DIAGNÓSTICO DE CERTEZA que permitirá indicar la terapéutica, o bien se descubrirán nuevos problemas en el paciente, o se negarán las hipótesis diagnósticas planteadas, lo que obligará a reanalizar toda la

situación, plantear nuevas hipótesis diagnósticas y nuevos programas de investigación de acuerdo a las mismas.

Al científico biomédico a veces no le es posible verificar experimentalmente una hipótesis, por cuanto la ciencia actual no posee todas las respuestas al tema en discusión o no existen las técnicas más apropiadas para validar la hipótesis.

Al médico internista se le puede indicar que en mayor porcentaje le ocurre otro tanto. Muchas ocasiones la hipótesis hace el diagnóstico de un paciente sin poderlo validar a pesar de tener el apoyo de ayuda diagnóstica. Los pacientes son algo más que simple lesiones de tejidos y a nivel molecular. El diagnóstico es más complejo, es integral y lo debe hacer el médico con todo su conocimiento, raciocinio y apoyo de ayuda diagnóstica. El diagnóstico patológico es parte de la hipótesis, pero no es toda la hipótesis del caso en estudio. Para lo primero bastan las técnicas, para lo último la tecnología básica es el médico (Vidal, 2013).

El método científico es esencial para abordar y conocer la realidad. Esto es incontrovertible. Ya los clínicos del pasado aprendieron a captar la realidad por el abordaje sistémico de la misma: el diagnóstico intuitivo. Diagnóstico un tanto olvidado y que hoy vuelve a ponerse sobre el tapete, cuando los estudios actuales del pensamiento humano nos señalan el poder que para la ciencia y los científicos posee el juicio sintético integral, juicio que se desarrolla y forman parte esencial del arte y de las humanidades.

De aquí que el clínico no debe despreciar en el abordaje de la realidad clínica irrepetible la imaginación y el cultivo del arte como medio de educar también su pensamiento creativo (Arteaga, 2010).

El método clínico no se agota ni circunscribe al diagnóstico. Como todo científico, el médico debe registrar todos los datos que obtiene en el estudio del paciente, que le permita

la aplicación de su método de cognición, valoración y praxis transformadora de la situación de salud de aquél (Vidal, 2013). La enseñanza del método clínico y su escenario.

La enseñanza de la medicina clínica también está signada por las tres misiones que Ortega y Gasset declara deberes de la Universidad: enseñar, investigar y transmitir la cultura (Díaz, 2011).

La medicina clínica no se aprende en las aulas, laboratorios, bibliotecas y computadoras, que desempeñan una importante función complementaria o de apoyo al núcleo de su aprendizaje, que ha sido, es y será la implicación o participación de los educandos en el proceso de atención de salud a las personas en su contexto natural y social (Díaz, 2011).

Este enfoque resulta más abarcador que el de la enseñanza a la cabecera del enfermo, al dar espacios a escenarios distintos del hospital y a objetivos más amplios que la curación. Se requiere profundizar en la aplicación del método científico a la identificación y solución de los problemas de salud y sus determinantes, así como en la conformación de una metodología didáctica que permita su asimilación, a través de un creciente protagonismo estudiantil. El estudiante debe constituir sus propios conceptos referenciales que se integren en su práctica clínica que produzca cambios que le permitan hacer suya su forma de desenvolvimiento profesional. La instrucción que se da en la cátedra debe ir en concordancia con los propósitos que tiene el aprendizaje proactivo, que se centren en la educación, en el trabajo, sin dejar a un lado las formas tradicionales que bien la complementan (Bacallao, 2014).

Solo así se adquiere competencia profesional, que en clínica exige el aprendizaje persona a persona o enseñanza tutorial en pequeños grupos, en contacto continuado con el paciente. Implica también el desempeño en un marco ético de actuación con relevancia de los valores humanos y sociales y la adquisición de un compromiso de ejercer la profesión con vocación de servicios, entrega a la sociedad, junto al compromiso de practicar una

medicina sustentada en la ciencia, que requiere de una permanente actitud crítica del médico, así como de aprender por sí mismo durante toda su vida profesional.

El profesor de clínica debe ser un médico en ejercicio, que participa en la atención de pacientes, en cualquier rama de la medicina asistencial, con alta vocación docente y sentido de su responsabilidad como modelo capaz de promover la formación integral de sus educandos (científico-técnica, humanista, ético-moral, revolucionaria). Como el educador necesita ser educado, no basta que el profesor sepa medicina, condición por su puesto indispensable, es preciso también que sepa enseñarla ajustado a las demandas de su tiempo. Se exige entonces de aquél una sólida formación científica y ético-moral, complementada con la preparación pedagógica y humanística inherente a sus altas funciones (Bacallao, 2014).

La investigación clínica es inherente a la aplicación del método científico, como también a su enseñanza, como afirma Atchley (citado por Moreno, 2010): "En la enseñanza de la clínica cotidiana, el concepto de que el diagnóstico es investigación y la terapéutica es experimento, debe estar implícito de modo constante en la atención del enfermo".

Profesores y alumnos no se conformarán con el papel de meros repetidores del conocimiento ya elaborado, sino que trabajarán por conformar su experiencia investigadora propia, mediante la aplicación del método clínico. Esa rica experiencia permite la asimilación crítica de la teoría y la práctica concurrentes, así como el aporte de nuevas perspectiva y conocimientos (Espinosa, 2011).

Respecto a la misión universitaria de transmisión de la cultura, general y particular, debemos comprender con Letamendi que "quien solo sabe medicina, ni medicina sabe".

El médico como profesional universitario tiene que estar al nivel de la cultura de su tiempo, tanto en lo referente a su profesión como a la cultura general. Conocer la historia de esa profesión, de sus saberes y quehaceres, de su indisoluble vinculación con la historia del

desarrollo científico, material y espiritual de la sociedad. Asimilar el aporte de las generaciones pasadas y estar a la altura de las exigencias del presente, le permitirá proyectarse en el devenir de la medicina, la ciencia, la cultura y la sociedad.

1.1.6 ESCENARIO FORMATIVO.

El escenario formativo del método clínico no puede ser otro que el espacio donde se lleva a efecto la atención al paciente o al sano, para promover, preservar o recuperar su salud. Como ya vimos, en la antigüedad la clínica se aprendía principalmente de forma ambulatoria o domiciliaria. Hoy en día los hospitales docentes universitarios de alta complejidad vienen adquiriendo cada vez mayor relevancia en la formación de los estudiantes de medicina humana para que estos adquieran adecuadamente las competencias clínicas necesarias (Espinosa, 2011).

En los últimos decenios este concepto ha sido desafiado por algunos trabajos como los de K. White, la asociación colombiana de facultades de medicina humana, de Juan C. García y otros. Se plantea que la educación preponderantemente hospitalaria promueve que los educandos centren su atención en casos muy seleccionados en el orden técnico y biológico, a menudo en un estadio avanzado o terminal de su proceso morboso. Este enfermo no es representativo de toda la población que requiere de atención.

Se ha encontrado que de mil personas de un área de la comunidad solo dos ingresan en un período de dos semanas. Los pacientes que se encuentran hospitalizados forman parte de una muestra seleccionada, que excluye a los que no requieren ingreso, a los de la morbi- mortalidad oculta de los pacientes de riesgo y de todos los pacientes sin ninguna patología aparente (Espinosa, 2010).

Por otra parte, todo ingresado tiene un pasado y un futuro fuera del hospital, etapas en la que requiere de atención médica, de gran significación en relación con la conveniencia del

diagnóstico y tratamiento tempranos y el seguimiento y control ulteriores. Se va afianzando la tesis.

1.1.7 LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA Y LAS ETAPAS DEL MÉTODO CLÍNICO

La consulta médica del médico internista se puede llevar a cabo en diferentes circunstancias. Desde la atención que brinda en los establecimientos del primer nivel hasta la atención que realiza en hospitales o clínicas de alta complejidad que incluyan centros de investigación (Bacallao, 2014).

Indistintamente del lugar donde el médico realice su atención ya sea en condiciones formales o informales, el médico internista siempre ha de realizar su labor aplicando el método clínico (Cruz, 2012).

Las etapas que lo constituyen no se encuentran separadas unas de otras, más bien se solapan entre sí. No obstante, la secuencia de ellas y el tiempo que las separa entre sí, pueden sufrir variaciones de acuerdo al lugar donde se lleve a efecto el acto médico.

En la forma organizativa de la atención médica, el clínico que atiende varios pacientes podrá notar que cada uno de ellos está en etapas diferentes del uso del método clínico (Díaz, 2011):

- a. Pacientes donde se recoge la información y planteando los problemas.
- b. Pacientes que se encuentran en la fase de diagnóstico.
- c. Pacientes en proceso de verificación y afirmación por el diagnóstico médico.
- d. Pacientes en etapa de transformación del proceso morboso.
- e. Publicación de las enseñanzas.

El intervalo de tiempo que toma el aplicar el método clínico período de tiempo que lleva la aplicación completa del método clínico aproximadamente de 10 a 14 días; si el paciente se atiende por consulta externa, en el consultorio o en el hogar, pudiera, en caso de ordenar exámenes paraclínicos, prolongarse la etapa por un período mayor de tiempo.

De no ser necesario el uso de exámenes de apoyo diagnóstico. Cuando las condiciones de gravedad del paciente así lo exigen, la aplicación del método clínico se hace casi automáticamente. El médico se ve en la obligación de actuar con rapidez ante una posible muerte inminente.

El método clínico no sólo se emplea para diagnosticar una enfermedad, muchas se utilizan frente a un cuadro de signos y síntomas que no está bien determinado. Ciertamente, el uso del método clínico en cualquier paciente se ejecuta en cada momento de la atención al paciente aplicando los momentos que a continuación se indica. (Bacallao, 2014):

- Diagnóstico de un signo
- Diagnóstico de un síndrome
- Diagnóstico de una enfermedad
- Diagnóstico global del paciente

1.1.8 EL MÉTODO Y EL EXPEDIENTE CLÍNICO

Todo investigador registra la información que obtiene y analiza la misma.

El documento que elabora, para el científico no médico se denomina libreta del investigador y para el médico es la Historia Clínica (Díaz, 2011; Bacallo, 2014).

Hablando con propiedad se trata en realidad de todo el expediente clínico, por cuanto las etapas del método clínico no se agotan en la Historia Clínica propiamente dicha. No obstante, esta perspectiva se transforma en un capítulo para discutirlo muy aparte, no se debe dejar de lado el momento en que se hable sobre el método clínico.

La historia clínica, para que esté a la altura de la ciencia clínica, debe de ser clara, muy rigurosa y cumplir con las etapas del método clínico antes mencionado. (Díaz, 2011).

- Los datos recogidos deben ser reales y deben servir para la elaboración de una correcta historia clínica que, con ayuda de la evaluación semiológica, ayudara a precisar un diagnóstico.

- Los problemas de salud individual deben ser bien identificados
- Las hipótesis diagnósticas deben estar bien fundamentadas, así como las interrelaciones entre ellas. La etiopatogenia, el daño morfológico, los cambios fisiopatológicos y bioquímicos deben siempre tenerse en cuenta. La evaluación no debe descuidar el aspecto psico social del paciente ya que muchas veces determina el problema clínico del paciente.
- Se debe estipular los parámetros de búsqueda de más información como antecedentes para comparar con la presunción diagnóstica establecida. Los estudios de ayuda diagnóstica deben ser debidamente sustentados y valorados en relación con los diagnósticos presumibles planteados.
- La terapéutica también debe ser debidamente sustentada y debe ser reevaluada en forma permanente.
- El paciente debe ser informado, cuando sea posible, de su proceso y de las decisiones del médico, para obtener su conformidad
- La evolución debe presentarse exponiendo el pensamiento científico del médico y no ser una exposición de datos innecesarios y anecdóticos
- El egreso debe ser un resumen de cada problema y las orientaciones brindadas por el médico para el futuro cercano o lejano
- El médico, si desea que la clínica sea ciencia clínica, deberá acostumbrarse a trabajar con su método clínico en forma explícita y no oculta. La información obtenida debe ser registrada oportunamente por que se pueden olvidar, modificar en desmedro de la salud del paciente y de la propia medicina.

Si se intenta abogar, sobre todo por clínicos no internistas, por una clínica que es una simple aplicación de la ciencia y la tecnología compleja, existe en estos casos más preocupación por

la lesión de la molécula (llamada actualmente la Patología) que por el paciente; más por la alteración clínica que por la persona.

De esta forma se rompe el vínculo entre la persona y la lesión, lo que acentúa la búsqueda de la última y olvida la primera.

Ni que hablar del médico internista que imprudentemente sin ni siquiera evaluar correctamente al paciente, solicita una batería de exámenes auxiliares para que posteriormente recién proceda a dar cumplimiento a los pasos establecidos del método clínico y probablemente adecuar su diagnóstico a los resultados de los exámenes (Bacallao, 2014).

1.1.9 EL APRENDIZAJE DEL MÉTODO CLÍNICO

Actualmente, para que una formación de los estudiantes de medicina sea considerada científica, no solo debe basarse en la enseñanza de conocimientos actualizados de la ciencia médica, sino que debe enseñar a que los alumnos hagan suya el método clínico como base de partida de su atención al paciente (Vidal, 2005).

Los clínicos generales pueden hacer una gran contribución al dominio de este método, si son capaces de hacerle patente al estudiante que ellos no trabajan en forma arbitraria, sino siguiendo las etapas del método clínico. Cada paso debe ser identificado, explicado por parte del docente. Debe exigírsele al estudiante hacer lo mismo, hasta que identifique todas las etapas y opere con ellas en forma automática. Hay que recordar que un clínico puede someter al estudiante al método clínico muchas veces durante un solo día.

Esto es, cuando se haga el interrogatorio y el examen físico, se le señala al estudiante que se está en la etapa de la recolección de la información (etapa de observación), cuando se hacen hipótesis diagnósticas se le hace consciente que es la etapa de fundamentación de las hipótesis en que nos encontramos, y así sucesivamente (Vidal, 2005).

Claro está que el método de solución de problemas, como método científico pedagógico y la participación de los grupos de trabajo investigativo harán una buena contribución al dominio por parte del estudiante de su pensar reflexivo y de la metodología científica (Arteaga, 2010).

1.1.10 ESTADO ACTUAL DEL MÉTODO CLÍNICO

En el mundo hay una crisis del método clínico debido a un deterioro en la relación médico-paciente, al menosprecio de la clínica, a la sobrevaloración de la tecnología y al desinterés por el generalísimo (Bacallao, 2014).

Durante siglos el método clínico fue puramente clínico; por sus aportes -desde que surgió- el laboratorio ha quedado plenamente integrado al método porque los complementarios tienen un papel no solo importante sino, a veces, decisivo en el proceso del diagnóstico.

No obstante, el método clínico es el que debe guiar al médico para el uso de medios de ayuda diagnóstica que apoyen su presunción diagnóstica y nunca al revés ya que esto establece la correcta atención del paciente, de determinar el verdadero diagnóstico y prevenir errores posteriores, gastos no necesarios de insumos y recursos humanos y fundamentalmente poner en riesgo a los pacientes.

Desde hace varios siglos el hombre, cuando enfermaba, necesitaba a alguien con quien comunicarse, generalmente era un personaje pintoresco, o un chamán, o un sacerdote que era poderoso porque se comunicaba, además de con los enfermos, con dioses y espíritus mediante rituales mágicos; allí comenzó la relación médico-paciente, porque ese brujo-hechicero realizaba funciones relativas a la medicina (Bacallao, 2014).

En el Egipto antiguo se manifestaron intentos de comunicación en la relación médico-paciente con su dios de la salud Inhotep. En la antigua Grecia se popularizó entre los médicos el juramento hipocrático que expresa que el médico debe adoptar una presencia digna, conservar siempre la calma y hacer que su conducta inspire confianza, decir solo lo que sea preciso, mantener reservas, hablar con firmeza y concisión, conservar el dominio y evitar toda

confusión; aquí se pueden apreciar elementos éticos, importante agente terapéutico utilizado con todo el empirismo y la ausencia del conocimiento científico que es posible imaginarse en los hombres de tan remota época.

La relación médico-paciente es el aspecto más sensible y humano de la medicina y requiere de una buena comunicación del médico con el enfermo, de sentir y mostrar un interés real por su problema, tratarlo con dignidad y con respeto y saber escuchar, lo que equivale a dejar al enfermo expresar libremente sus quejas. Osler decía que el médico tiene dos oídos y una boca para escuchar el doble de lo que habla. Un interrogatorio adecuado es vital para el diagnóstico clínico; sin embargo, el estilo médico actual en la entrevista es de un alto control. El médico habla más que el paciente y realiza un interrogatorio muy dirigido sobre la base de preguntas directas, mientras que, con frecuencia, el paciente se limita a decir sí o no.

Las entrevistas tienen un bajo contenido terapéutico, no permiten que se obtengan datos primarios de valor, la información para el diagnóstico es incompleta, se dejan de abordar problemas activos y, al final, se cometen errores en el diagnóstico. Greca plantea que lo más importante en la conversación con el paciente es que se sepa escuchar “con un oído inocente, es decir, sin imaginar ni dar por supuesta o descontada una determinada respuesta”.

El desinterés por el generalismo es otro problema pues la presión de trabajo asistencial y docente deterioró seriamente el método clínico entre los propios internistas, por lo que son pocos los profesionales dedicados a la Especialidad de Medicina Interna (Bacallao, 2014).

Corona Martínez (2012) investigó sobre el método clínico como contenido de aprendizaje en la carrera de medicina; se analizan los aportes teóricos realizados por prestigiosos profesores cubanos, lo que permitió identificar elementos que transforman al método clínico en aprendizaje de alto nivel, no variante del conocimiento por lo que es esencial seguir con su enseñanza e impulsar su uso continuo en la práctica médica.

Se logra identificar elementos comunes que se proyectan como regularidades en el método clínico. Este método constituye un importante contenido de aprendizaje en la carrera de Medicina y el método científico de la actividad médica asistencial a individuos. El destacado papel de la relación médico-paciente, el interrogatorio, el examen físico y el razonamiento diagnóstico como componentes del método, todo en estrecha relación con los aspectos éticos de la profesión.

La existencia de problemas actuales en la utilización y enseñanza del método clínico, determinados esencialmente, por el uso irracional de los adelantos tecnológicos en la práctica médica. La repercusión del método clínico, en el Perú, para obtener la excelencia académica en el medico asistencial y como base fundamental del aprendizaje de la carrera de medicina humana.

Moreno Rodríguez (2000) estudió las deficiencias en la entrevista médica como un aspecto del método clínico, según un modelo de evaluación estructurado con una lista de posibles errores, que ha demostrado ser muy superior a una evaluación abierta. Estas dificultades han sido objeto de escasas investigaciones científico-pedagógicas que muestren los errores específicos que se cometen. En un país pobre y subdesarrollado como el nuestro, no podemos darnos el lujo de descuidar el valor de la clínica y su método, por el contrario, debe de priorizarlas con excelencia.

Los trabajos de numerosos investigadores han mostrado que el interrogatorio por sí solo permite el diagnóstico entre el 56 y 76 % de los casos e incluso, para algunos autores la cifra es mayor. A pesar de disponer de un recurso tan eficiente, se ha señalado que la mayoría de los médicos no interrogan de forma adecuada a los enfermos y que a los residentes les faltan habilidades fundamentales en la entrevista.

La única solución es educar y evaluar las habilidades clínicas por un incremento de la observación directa. No basta con las semanas iniciales dedicadas en propedéutica a la semiotecnia y creer que la posterior "revisión" de historias clínicas es un proceder suficiente.

Cruz Hernández (2012) investigo sobre la importancia del método clínico y propone reflexionar en torno al Método Clínico para destacar su importancia en general y la de sus aspectos relacionados. Se corrobora que con un buen interrogatorio y un examen físico completo se puede realizar un diagnóstico correcto en la mayoría de los casos, pero si se prescinde de este método, la medicina hoy en día se tornaría más cara, se haría de forma no racional y llegaría muchas veces a convertirse en iatrogénica.

El Método Clínico es una guía de trabajo elaborada por el profesional médico, aplicable a la instancia de la consulta médica, que tiene entre sus pilares básicos la relación médico-paciente y una herramienta de registro, la historia clínica, con el objetivo de llegar a un diagnóstico contextualizado de la enfermedad que afecta a un individuo. Ni la mejor tecnología puede sustituirlo en esta función, de lo cual debe estar consciente todo profesional de la salud que desee brindar una atención esmerada a los pacientes.

En el momento actual se trabaja para rescatar la aplicación del método clínico. Es necesario enseñar al estudiante este método como expresión de la aplicación del método científico al estudio del proceso salud-enfermedad en el individuo.

El método de enseñanza (método de enseñanza-aprendizaje) a priorizar no ha de centrarse entonces predominantemente en escuchar las conferencias de los profesores o en el estudio de los libros y la literatura docente, se debe incentivar la intervención activa de los estudiantes en la adquisición de los conocimientos y valorar la recuperación de la salud en los pacientes (adecuado uso del método clínico). Debe exigírsele al estudiante hacer lo mismo hasta que identifique todas las etapas y opere con ellas en forma automática.

El profesor del curso de clínicas debe hacer que el alumno estudiante de medicina aplique el método clínico lo más que pueda durante las practicas clínica en el hospital docente, durante la evaluación del paciente, examen físico, etc., recalcándole cada una de las etapas de método clínico desde la recolección de datos a través del interrogatorio, evaluación física y la presunción diagnostica del paciente (Bacallao, 2014).

Se debe formar a los estudiantes para el adecuado cumplimiento del acto médico, ya que este constituye la vía de acceso principal de interrelación médico paciente. El Dr. Gregory House es un personaje de ficción interpretado por el actor británico Hugh Laurie y protagonista de la serie Dr. House. Su personalidad es la antítesis de lo que podría esperarse de un médico y de la práctica del método clínico. Ha ganado gran popularidad en muchos países a pesar de reflejar una visión distorsionada de los valores esenciales de la profesión, que se aceptan por muchas personas como modelo de la medicina moderna (Moreno, 2010).

1.2 TOMA DE DECISIONES EN MEDICINA

Las habilidades constituyen aquellas ejecuciones (o conjunto de acciones), tanto psíquicas como prácticas, reguladas conscientemente, mediante las cuales los seres humanos se relacionan con el medio en aras de transformarlo en correspondencia con sus necesidades.

La toma de decisiones es una habilidad que debe ser inherente en el profesional de la salud y que debe ser adquirida en la formación de pregrado para su mejor desenvolvimiento como profesional de la salud. Teóricamente hablando, se asume como toma decisiones, al método intelectual a través del cual la persona identifica y escoge la opción más adecuada para resolver un problema que se presenta. En todo momento de nuestro actuar diario, se presentará la necesidad de tomar decisiones, lo que determina la importancia de ello en nuestras vidas.

En el trabajo médico, a diario se toma decisiones, por ello esta adquiere una gran importancia.

Un planteamiento fundamental de esta tesis consiste en la consideración del carácter de habilidad profesional esencial de la toma de decisiones para el médico general integral básico.

Se considera que las habilidades profesionales son aquellas que le permiten al ser humano interactuar con el objeto de la profesión.

Este conjunto de habilidades teóricas o prácticas que el profesional ejecuta a diario refuerza uno de los objetivos de la profesión médica, cual es resolver los problemas que se presentan y su adquisición depende del esfuerzo que ponga el docente en la práctica de docencia.

La consideración del carácter de habilidad profesional esencial de la toma de decisiones médicas para el médico general integral básico emana del análisis de la lógica de actuación de este profesional para llevar a cabo la función de atención médica integral, función propia de su perfil profesional. Este análisis permite identificar a la necesidad de tomar decisiones como un rasgo esencial, como un elemento imprescindible en el modo de actuación profesional.

Cuando el médico general integral básico en su actividad laboral interactúa con un individuo, una familia o con la comunidad debe inicialmente identificar cual es el problema que está presente en ellos (el diagnóstico) para, en correspondencia con este, desarrollar un plan de acción dirigido a revertir la situación, a la solución del problema identificado (el tratamiento). Diagnóstico y tratamiento, expresado en el lenguaje propio de la profesión, sintetizan la actividad de atención médica integral en calidad de etapas o fases de la misma.

Si bien es cierto que en la fase inicial o de diagnóstico el médico general integral básico puede tomar algunas decisiones, es en la segunda etapa. Se pone en manifiesto más claramente la necesidad de tomar decisiones. En la fase tratamiento, el médico general, debe escoger las opciones que mejor convengan para llegar al mejor diagnóstico concordante con las idiosincrasias de los diferentes pacientes.

En la fase de tratamiento, el actuar del profesional estará orientado en base a los estudios de ayuda diagnóstica que solicito como apoyo para establecer finalmente el manejo del paciente, ya sea el manejo ambulatorio, hospitalización o derivación a otro establecimiento de salud de mayor complejidad.

Por todo ello, es evidente la imperiosa necesidad de saber identificar, evaluar y escoger correctamente frente a un paciente. Todas estas acciones caracterizan la toma de decisiones.

Al concebir que la habilidad toma de decisiones médicas posee un momento inicial constituido por acciones dirigidas al diagnóstico del problema de salud del paciente y un momento posterior conformado por acciones en función de la solución de ese problema, la habilidad toma de decisiones médicas expresa, como ninguna otra habilidad profesional en la carrera de Medicina, la lógica profesional del médico general integral básico para llevar a cabo la función de atención médica integral a pacientes.

La lógica de la atención médica integral que lleva a cabo el médico general integral básico ocurre en tres momentos fundamentales y distinguibles: la obtención de información, la interpretación de la información y la toma de decisiones. Estos tres momentos significan que, en esencia, el médico general integral básico obtiene los datos necesarios y posibles acerca de su paciente (o familia, o comunidad), interpreta dichos datos y toma decisiones resultantes de este sentido; decisiones que deben ser reevaluadas dando inicio a un nuevo ciclo de dicha secuencia de momentos, hasta alcanzar el objetivo final del proceso y la solución de la salud del paciente.

Por esta razón, la toma de decisiones es un rasgo indispensable en el modo de actuación profesional del médico general integral básico y, como resultado de ello, la toma de decisiones médicas es una habilidad profesional esencial para formar en la carrera de Medicina.

Existen distintos elementos que conllevan a sustentar la importancia de la habilidad toma de decisiones médicas, procedentes de la investigación de documentos que rigen la carrera de Medicina (plan de estudio, Programas de las disciplinas y asignaturas de la profesión) y textos básicos y de consulta. Entre estos elementos tenemos los siguientes:

- La necesidad de tomar decisiones subyace en la ejecución de la función rectora del médico general integral básico: la función de atención médica integral a individuos,

familias, grupos y colectivos.

- El tomar decisiones implica saber poner en práctica el conjunto de habilidades y destrezas aprendidas en las prácticas médicas, por ejemplo, la habilidad de diagnosticar y manejar adecuada y oportunamente una patología del paciente.
- La ejecución de varias habilidades declaradas en el sistema de habilidades del médico general integral básico (colocación de dispositivo intrauterino, colocación de sonda vesical y nasogástrica, realizar incisión y drenaje de abscesos, extracción de cuerpos extraños, inmovilización de fracturas, tratamiento inicial del quemado, resucitación cardiopulmonar, sutura de heridas superficiales, tratar desbalance hidro mineral, aplicar torniquetes) constituyen el resultado de un proceso de toma de decisiones.
- En la clasificación en cinco grupos: trata, trata y si no mejora orienta y remite, trata de urgencia y remite, orienta y remite, y colabora, de los múltiples de salud que el médico general debe atender en la comunidad, según el nivel de responsabilidad de este profesional para resolver dichos problemas, se pone de manifiesto la importancia de la toma de decisiones médicas en la formación del médico general integral básico.

La habilidad toma de decisiones médicas comienza su formación en los años clínicos de la carrera, donde los conocimientos y habilidades propedéuticos más inmediatos que le sirven de entrada a esta habilidad son adquiridos fundamentalmente en las asignaturas Introducción a la Clínica, Propedéutica, Semiología, Imagenología, Laboratorio Clínico y Farmacología Clínica. Después el resto de las disciplinas y asignaturas de la profesión, aportan al estudiante el cuerpo de conocimientos y otras habilidades específicas de sus respectivos objetos.

1.2.1 FUNDAMENTOS ACERCA DE LA TOMA DE DECISIONES COMO PROCESO.

La teoría sobre la toma de decisiones, como proceso general aporta algunos elementos de clara aplicación en la actividad del médico general relacionada con la función de atención médica

integral a pacientes.

La toma de decisiones, como actividad, como proceso, posee una lógica de ejecución que transita por los siguientes pasos o etapas:

- 1) Definición del problema.
- 2) Desarrollo de opciones de solución.
- 3) Evaluación de las opciones y selección de la mejor.
- 4) Implementación y seguimiento de la decisión.

El primero de estos pasos se corresponde con la etapa de diagnóstico en el proceso de atención médica integral, mientras que los tres últimos pasos están claramente relacionados con la etapa de tratamiento de dicho proceso. Se asume de la teoría sobre la toma de decisiones como proceso general la existencia de dos tipos o variantes de decisiones a considerar, estas dos variantes son clasificadas de la siguiente forma en dependencia de la claridad y familiaridad de los problemas a resolver:

- Decisiones principalmente programadas.
- Decisiones principalmente no programadas.

Las decisiones principalmente programadas, también llamadas opciones predeterminadas o preestablecidas, están basadas fundamentalmente en la experiencia y suelen estar elaboradas con antelación para resolver situaciones bien conocidas y familiares, o sea, los llamados problemas bien estructurados.

El concepto de opción predeterminada hace referencia a aquella opción que, salvo excepciones, debe ser invariablemente aplicada. En la atención médica integral del médico general integral básico es fácil reconocer la existencia de este tipo de opción: el diagnóstico de un infarto agudo de miocardio, la sospecha clínica de una meningoencefalitis bacteriana o de una apendicitis aguda conducen automáticamente a la decisión de la remisión del paciente al nivel secundario de asistencia médica.

La existencia de opciones predeterminadas es el resultado del nivel de desarrollo alcanzado en el cuerpo de conocimientos de las ciencias médicas; se expresan básicamente en aquellos problemas de salud mejor conocidos o de mayor significación social debido a la frecuencia de aparición (morbilidad), probabilidad de provocar la muerte (letalidad) o de generar incapacidad física, psíquica o social.

Las decisiones principalmente no programadas surgen ante problemas nuevos o mal definidos: los problemas mal estructurados; y requieren en gran medida de la creatividad de las personas. De acuerdo al marco conceptual sobre la toma de decisiones, al considerar diversas opciones para resolver un problema se debe tener presente algunos factores tanto en calidad como en cantidad, muchos de ellos pueden haber sido ya parametrados o deberán serlo en el instante de tomar la decisión, a estos se les denomina factores de decisión.

En el campo de la atención médica integral, lo anterior implica tener en cuenta en la evaluación y selección de las opciones terapéuticas la mayor cantidad posible de factores relacionadas con el aspecto bio-psico-social y cultural, en una Esta individualización establecerá , por ejemplo, que un lactante con proceso respiratoria agudo no complicado sin otros elementos de riesgo sea manejado en casa mientras que otro lactante también con proceso respiratorio agudo no complicada, pero con muchos factores de riesgo (desnutrido, vivienda en condiciones precarias, madre soltera con bajo nivel cultural y económico) deba recibir el tratamiento hospitalizado.

La consideración de factores de diversa naturaleza: biológica, social, psicológica, cultural, permite superar la concepción biomédica del ejercicio profesional al dotar al estudiante de un abordaje holístico del proceso salud-enfermedad, su objeto de trabajo, al mismo tiempo que permite aplicar un principio de la profesión médica: no existen enfermedades sino enfermos. Cada ser humano es irrepetible biológica, psicológica y socialmente, de lo que se deriva la necesidad de un abordaje integral, global, de cada individuo. Se hace énfasis en que es

precisamente la falta de individualización de las acciones terapéuticas la dificultad más frecuentemente observada en los estudiantes en el diseño del plan terapéutico.

1.2.2 CONTRIBUCIÓN DEL MÉTODO CLÍNICO A LA FORMACIÓN DE LA HABILIDAD TOMA DE DECISIONES MÉDICAS.

El método clínico, no es más que el método científico del conocimiento, aplicado y adaptado a las condiciones del trabajo con los pacientes. Como resultado de ello, las etapas que le son reconocidas al método clínico son las mismas que las del método científico, pero con particularidades específicas para el trabajo clínico:

1) IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA: El problema, en este caso, es el trastorno o pérdida de la salud por el que consulta el paciente; es lo que motiva al enfermo a solicitar la ayuda del médico.

2) RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN BÁSICA. Esta etapa se refiere específicamente a la obtención de datos mediante el interrogatorio y el examen físico del paciente, o sea, a la “historia clínica”.

3) FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS. La hipótesis o conjetura es el diagnóstico o los diagnósticos presuntivos surgidos a partir de la información obtenida en las etapas anteriores.

4) COMPROBACIÓN O NEGACIÓN DE HIPÓTESIS (CONTRASTACIÓN). En este periodo se subyuga a cotejar la presunción diagnóstica a través de la observación de la evolución del paciente, La solicitud de algunas pruebas de ayuda diagnóstica o incluso, en ocasiones, mediante la evaluación de la respuesta terapéutica.

5) INSTITUIR TERAPÉUTICA O REINICIAR EL PROCESO. Con el diagnóstico de certeza se inicia el tratamiento; la no comprobación de la hipótesis obliga a reanalizar la situación, a volver a iniciar el proceso.

El análisis de estos momentos que componen el método clínico posibilita identificar la

presencia de limitaciones en este para, teniendo en cuenta su estructura, contribuir a la formación de la habilidad *toma de decisiones médicas*, y constituir, por tanto, el método de enseñanza de esta habilidad.

El método clínico, como método de enseñanza, brinda al estudiante la vía, la lógica para la identificación del problema de salud del paciente, pero no muestra la lógica para darle solución al problema identificado. El empleo del método clínico para la formación de la habilidad *toma de decisiones médicas* exige una mayor precisión del quinto y último paso de dicho método; paso que está más directamente relacionado con la solución del problema de salud del paciente.

1.3 LA PERCEPCIÓN

La acción de percibir está definida como “recibir sensaciones a través de los sentidos” y “comprender o conocer una cosa” (Word reference, 2005). Es un proceso que se evoluciona en todos los seres humanos. Es fundamental para la sobrevivencia, debido a que por medio de ella la persona se relaciona con el mundo exterior, aprende, se desarrolla y evoluciona como individuo tanto como sociedad. La percepción resulta debido a muchos factores se van organizando de forma que sea posible que la información recibida pueda ser debidamente interpretada.

A estos factores se les divide en tres grupos: biológicos, psicológicos y un tercero dado por la experiencia. Éstos trabajan en unidad y están estrechamente relacionados. Es importante distinguirlos para entender su el proceso perceptivo. Primero los hechos biológicos que es el proceso físico como tal. Segundo los psicológicos que son la motivación, la emoción, los pensamientos, los sentimientos, impulsos, instintos, la intuición, hechos que se dan en nuestra mente. Y tercero tenemos los factores de la experiencia, a través del cual el individuo aprende de su entorno, le da significado, valor y crea una conducta que conforme al medio en el que se encuentra.

El cerebro, dentro de la cantidad de procesos que realiza, tiene uno, el cognitivo que es por el cual almacena la información de todas las experiencias por la que el individuo atraviesa. Todos ellos trabajan en conjunto. No sentimos un estímulo si no tiene la frecuencia necesaria para que los sentidos lo sientan. No lo percibimos si no lo necesitamos, o si no es una alteración o si no lo conocemos, por lo cual nuestra experiencia y el aprendizaje, tanto individual como social, es vital y condicionado.

Los estímulos son leídos y comprendidos por la mente, esto se debe a que ella lleva una trayectoria de aprendizaje. El cerebro los agrupa, y los relaciona para poder comprenderlos. La lectura que hace es a raíz de un proceso cognitivo, que almacena y aprende del exterior, para luego volver a repetir la misma acción frente a nuevos y/o cotidianos estímulos que se presenten. A medida que el ser humano se va desarrollando, este proceso va cambiando, se va haciendo más inconsciente, y va adquiriendo nuevas peculiaridades.

Retomando a los factores biológicos se pueden definir un par de cuestiones a partir de hechos concretos y fáciles de reconocer. La cantidad de estímulos que hay en el entorno es infinita, el cerebro sólo capta las que satisface su necesidad inmediata. Además, para que los sentidos perciban un estímulo, necesita de ellos una cierta frecuencia para poder sentirlos. Es decir, que, dentro del espectro de luz, por ejemplo, no vemos todos, sólo vemos el espectro visible, y se los puede ver dependiendo de la intensidad de luz que haya. Con el sonido pasa algo similar. De esta manera, el cerebro crea un balance, y nos da la información necesaria. Dentro de los factores de la experiencia, se puede adelantar que, a lo largo del crecimiento del ser humano, éste va aprendiendo, va teniendo diversas experiencias, que son adoptadas a partir de los estímulos que va recibiendo. Esto crea una conducta, predecible o no, en toda persona y grupo social frente a un estímulo. Pérez Martínez, 1986) en su libro *Mecanismos de la conducta*. Percepción, pensamiento y acción, define en términos muy claros como es que se define esta conducta. De manera que, a través de los códigos, educación y cultura, el individuo aprende a

manejarse de una manera correcta o acorde con su entorno. Existe un factor común dentro de un grupo social, que percibe de la misma manera un estímulo. Esto sucede dentro de una misma cultura, en donde se comparten códigos. Éste es un factor determinante para la percepción. Como se explicó en párrafos anteriores se desarrolla en una primera instancia como un factor social, cultural. Por otro lado, cada individuo tiene uno de los sentidos más desarrollado que los otros. Esto depende de la experiencia que posee cada uno y de la genética que hereda. Cada individuo percibirá a los estímulos de una manera tal que los sentirá de diferente manera. Cabe destacar que cuando un sentido falla normalmente los otros se agudizan y lo rempazan. Las personas que poseen esta discapacidad desarrollan un lenguaje diferente para poder comunicarse o poder desarrollarse en una sociedad que no está diseñada para ellos. Por ejemplo, los ciegos. Ellos generalmente agudizan el oído y el tacto. Éstos rempazan la función de la vista. Es importante también saber que la percepción realiza una interpretación de todas las sensaciones, como ya se mencionó anteriormente, creando una relación con el exterior, pero está condicionada a nuestras vivencias, cultura, creencias, etc.

CAPÍTULO II

MARCO OPERATIVO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. EL PROBLEMA

El método clínico, método por excelencia, para la asistencia médica a individuos enfermos, constituye una categoría fundamental en las ciencias clínicas. Su uso como método de enseñanza en las disciplinas y asignaturas del grupo de la profesión, enmarcadas en el ciclo clínico de la carrera de Medicina, contribuye ala mayor soberanía de dicho método a la organización de todas las habilidades que en forma sistematizada son integradas en una unidad de ejecución de este. Por ello, el método clínico constituye la vía fundamental para la formación y desarrollo de las habilidades profesionales; y se evidencia que la lógica de la profesión se convierte en la lógica del proceso de formación del médico general integral básico.

El presente trabajo tiene como objetivo fundamentar por qué se debe considerar el método clínico como sistema base para la instrucción y aprendizaje de las habilidades profesionales del futuro médico (Álvarez, 1999).

Según Salas (1999), además de los métodos de enseñanza de la Didáctica General, o sea, los que abarcan los actos de interacción maestro-alumno, existen a la vez los métodos de enseñanza de las diferentes disciplinas, que no rebasan los marcos de los anteriores ya que se inscriben en ellos sin excepción, aunque pueden tener funciones que corresponden a un fin determinado. Las ciencias clínicas también poseen un método: el método clínico. Ello significa que, para realizar su función de atención médica integral, el médico general integral básico cuenta con una serie de pasos que poseen una determinada secuencia (Ilizástegui, 1990).

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la percepción de la importancia del método clínico en la toma de decisiones entre docentes, egresados y estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Santa María-2018?

- ¿Cuál es la percepción de la importancia del método clínico en la toma de decisiones entre docentes de medicina de la Universidad Católica de Santa María?
- ¿Cuál es la percepción de la importancia del método clínico en la toma de decisiones entre egresados de medicina de la Universidad Católica de Santa María?
- ¿Cuál es la percepción de la importancia del método clínico en la toma de decisiones entre estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Santa María?

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La condición del método clínico como método de enseñanza en la carrera de Medicina significa que mediante este y regulando el nivel de profundidad (complejidad) del objeto de aprendizaje en cada una de las disciplinas y asignaturas de la profesión, el estudiante aplica y logra el dominio de los conocimientos y la sistematización necesaria de las

habilidades requeridas para intervenir sobre su objeto de trabajo, domina además la lógica de actuación de la profesión, el modo de actuación profesional (Ilizástegui, 1990).

De esta manera, con la utilización del método clínico como método de enseñanza para la toma de decisiones para el manejo del paciente, se evidencia que la lógica de la profesión se convierte en la lógica del proceso de formación del médico general.

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. OBJETIVO GENERAL

Valorar la percepción de la importancia del método clínico en la toma de decisiones entre docentes, egresados y estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Santa María-2018.

2.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a. Valorar la percepción de la importancia del método clínico en la toma de decisiones entre docentes de medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2018.
- b. Valorar la percepción de la importancia del método clínico en la toma de decisiones entre egresados de medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2018.
- c. Valorar la percepción de la importancia del método clínico en la toma de decisiones entre estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2018.

2.3. HIPÓTESIS

El método clínico influye en la toma de decisiones entre docentes, egresados y estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Santa María-2018.

2.4. VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
Percepción Variable Independiente	• Docente	• Relación con el ciclo de docencia
	• Egresado	• Relación con el año de residencia.
	• Estudiante	• Estudiante del último semestre
Importancia Variable Dependiente	<ul style="list-style-type: none"> • Factibilidad • Contribución en el manejo Integral • Condiciones y oportunidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Muy importante • Importante • Indiferente • Irrelevante

2.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

2.5.1. POBLACIÓN

Todos los estudiantes, egresados y docentes de medicina de la Universidad Católica de Santa María de la Universidad Católica de Santa María durante el semestre par del 2018.

2.5.2. MUESTRA:

Se consideró una muestra, integrada de la siguiente manera:

- Estudiantes de medicina de 6to año, que se encuentran culminando los estudios del ciclo de clínicas del plan de estudios de la universidad; n = 136
- Egresados que se encuentren realizando la segunda especialidad en medicina en la universidad; n = 88

- Docentes del área clínica de la facultad de medicina; n = 92

2.6. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo cuantitativo, prospectivo, descriptivo.

2.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

Para la obtención de la información se aplicó los cuestionarios empleados por Corona Martínez LA (2008) en un estudio que fueron sometidos a los requisitos de fiabilidad y validez.

Se evaluaron en estudiantes, egresados y docentes para identificar en ellos la enseñanza del método clínico y su aplicación en la capacidad de toma de decisiones.

Una vez concluida la recolección de datos se organizaron para su posterior análisis.

ANÁLISIS DE DATOS

Se empleó estadística descriptiva con determinación frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas, así como medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar, rango) para variables numéricas. Para el análisis de datos se utilizó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSS v22.0.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Tabla 1: Distribución de Participantes Según Edad y Sexo

Grupo	Edad	Masculino		Femenino		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alumnos	22-23 a	15	11.03%	27	19.85%	42	30.88%
	24-25 a	26	19.12%	53	38.97%	79	58.09%
	26-27 a	4	2.94%	11	8.09%	15	11.03%
	<i>Total</i>	<i>45</i>	<i>33.09%</i>	<i>91</i>	<i>66.91%</i>	<i>136</i>	<i>100.00%</i>
Egresados	20-29 a	24	27.27%	18	20.45%	42	47.73%
	30-39 a	34	38.64%	11	12.50%	45	51.14%
	40-49 a	1	1.14%	0	0.00%	1	1.14%
	<i>Total</i>	<i>59</i>	<i>67.05%</i>	<i>29</i>	<i>32.95%</i>	<i>88</i>	<i>100.00%</i>
Docentes	30-39 a	4	4.35%	2	2.17%	6	6.52%
	40-49 a	15	16.30%	13	14.13%	28	30.43%
	50-59 a	29	31.52%	9	9.78%	38	41.30%
	60-69 a	17	18.48%	3	3.26%	20	21.74%
	<i>Total</i>	<i>65</i>	<i>70.65%</i>	<i>27</i>	<i>29.35%</i>	<i>92</i>	<i>100.00%</i>

Fuente: Elaboración propia.

Figura 1: Distribución de participantes según edad y sexo

Interpretación: Se aprecia que entre los estudiantes predominan las mujeres, pero entre los egresados que cursan la residencia predominan los varones, así como entre los docentes. Puede deberse a que luego de egresar las mujeres buscan aplazar la especialidad, y entre los docentes nuevamente aumenta la proporción de mujeres.

Tabla 2: Grado de estudios en los egresados y docentes.

Grado	Egresados		Docentes	
	Nº	%	Nº	%
Bachiller	66	75.00%	25	27.17%
Maestría	17	19.32%	46	50.00%
Doctorado	5	5.68%	21	22.83%
Total	88	100.00%	92	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Figura 2: Estudios de posgrado en los egresados y docentes

Interpretación: Los egresados van buscando incrementar sus estudios con títulos que les permitan acceder a mejores oportunidades, como estudios de maestría e incluso doctorado, mientras acceden a una plaza de residencia.

Llama la atención que entre los docentes, la mitad tenga solo estudios de maestría y solo 22.83% alcanzaron a realizar un doctorado, considerando que es actualmente un requisito para la docencia el contar con estudios de maestría por lo menos. Sería importante entonces que el 27.17% de docentes que aún no tiene estudios de maestría y/o doctorado, cursen estudios en didáctica universitaria o en cursos relacionados a la toma de decisiones en medicina, para contar con docentes capacitados en la enseñanza de esta importante área de la formación médica, tanto en pregrado como en segunda especialidad.

Tabla 3: Especialidad de los egresados y docentes

Especialidad	Egresados		Docentes	
	Nº	%	Nº	%
Medicina interna	17	19.32%	19	20.65%
Ginecología	7	7.95%	14	15.22%
Cardiología	6	6.82%	5	5.43%
Neurología	5	5.68%	5	5.43%
Psiquiatría	2	2.27%	8	8.70%
Nefrología	3	3.41%	4	4.35%
Pediatría	5	5.68%	2	2.17%
Urología	3	3.41%	4	4.35%
Gastroenterología	2	2.27%	4	4.35%
Medicina familiar	4	4.55%	2	2.17%
Oncología	5	5.68%	1	1.09%
Traumatología	5	5.68%	1	1.09%
Anestesiología	4	4.55%	1	1.09%
Cirugía	3	3.41%	2	2.17%
UCI	0	0.00%	4	4.35%
Endocrino	1	1.14%	2	2.17%
Med. emergencias	3	3.41%	0	0.00%
Otorrino	1	1.14%	2	2.17%
Reumatología	2	2.27%	1	1.09%
A. patológica	1	1.14%	1	1.09%
Otros	9	10.23%	10	10.87%
Total	88	100.00%	92	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Figura 3: Especialidad de los egresados y docentes

Interpretación: Esta tabla refleja la existencia de plazas que requieren ser cubiertas por las universidades para satisfacer las demandas hospitalarias, pero no necesariamente las necesidades de atención primaria de nuestra región.

Tabla 4: Año de estudios de residencia de los egresados

	Nº	%
Primero	23	26.14%
Segundo	47	53.41%
Tercero	16	18.18%
Cuarto	2	2.27%
Total	88	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Figura 4: Año de estudios de residencia de los egresados

Interpretación: En los egresados que se encontraban cursando la residencia; el 26.14% estudiaba en primer año, 53.41% en segundo, 18.18% en tercero y un 2.27% de participantes cursaba el cuarto año de residencia.

Tabla 5: Curso principal que imparten los docentes

	N°	%
Semiología	33	35.87%
Medicina	12	13.04%
Obstetricia	8	8.70%
Ginecología	5	5.43%
Cirugía	4	4.35%
Pediatría	4	4.35%
Psiquiatría	4	4.35%
Cardiología	3	3.26%
Neurología	3	3.26%
Urología	3	3.26%
Endocrinología	2	2.17%
Instrucción médica básica	2	2.17%
Nefrología	2	2.17%
Dermatología	1	1.09%
Emergencia	1	1.09%
Gastroenterología	1	1.09%
Otorrino	1	1.09%
Patología	1	1.09%
Terapéutica	1	1.09%
Traumatología	1	1.09%
Total	92	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Figura 5: Curso principal que imparten los docentes

Interpretación: Entre los docentes, el curso principal que imparten es Semiología, 36.87% el curso de Medicina, 8.70% enseña Obstetricia, 5.43% imparte cursos Ginecología, y 4.35% enseña Cirugía, Pediatría o Psiquiatría, entre otros varios.

Tabla 6: Tiempo de labor como docente universitario

Tiempo en años	Nº	%
< 5	24	26.09%
5-9	21	22.83%
10-19	32	34.78%
20-29	14	15.22%
≥ 30	1	1.09%
Total	92	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Figura 6: Tiempo de labor como docente universitario

Interpretación: Una proporción importante de docentes son nuevos y jóvenes, por lo que debe incidirse en la importancia de la formación en posgrado en didáctica y docencia universitaria, ya que la gran mayoría de médicos no ha tenido formación en pedagogía, y al acceder a la docencia universitaria pueden carecer de las herramientas necesarias para lograr aprendizajes significativos en los alumnos, a pesar de ser muy competentes en sus respectivas especialidades.

Tabla 7: Concepto de toma de decisiones por los docentes

	Nº	%
Elegir entre varias opciones de manejo	47	51.09%
Resolución de problemas	17	18.48%
Acto médico	8	8.70%
Aplicación del método clínico	3	3.26%
Uso de conocimientos para lograr objetivo	2	2.17%
Decisión basada en teoría	2	2.17%
Aplicación del criterio clínico	2	2.17%
Decisión basada en experiencia	1	1.09%
Otras	10	10.87%
Total	92	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Figura7: Concepto de toma de decisiones por los docentes

Interpretación: La toma de decisiones, como actividad o proceso, posee una lógica de ejecución que transita por las mismas etapas del método científico (Martínez, 2012). Coincidimos con Hernández (2002) en que *tomar decisiones* es “...aquel proceso de índole intelectual mediante el cual el ser humano identifica y selecciona entre opciones la más adecuadas para dar solución a un problema existente”.

Tabla 8: Considera importante para el médico la toma de decisiones en la atención al enfermo.

	Alumno		Egresado		Docente	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	133	97.79%	88	100.00%	91	98.91%
No	3	2.21%	0	0.00%	1	1.09%
Total	136	100.00%	88	100.00%	92	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Figura 8: Considera importante para el médico la toma de decisiones en la atención al enfermo

Interpretación: Se muestra la importancia que tiene el proceso de toma de decisiones para los médicos; el 97.79% de alumnos lo considera importante, al igual que 100% de egresados y 98.91% de docentes. No existe área de la actividad humana en la cual no se manifieste la necesidad de tomar decisiones, más aún en el campo de la medicina clínica.

Tabla 9: El alumno ha tomado decisiones con los pacientes

	N°	%
Si	78	57.35%
No	58	42.65%
<i>Falta experiencia</i>	28	48.28%
<i>Poca oportunidad</i>	4	6.90%
<i>Pacientes no confían</i>	2	3.45%
<i>No se siente capaz</i>	1	1.72%
<i>Poco tiempo con pacientes</i>	1	1.72%
<i>No explica</i>	22	37.93%
Total	136	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Figura 9: El alumno ha tomado decisiones con los pacientes

Interpretación: En cuanto a la experiencia de los estudiantes de sexto en la toma de decisiones con los pacientes. El 57.35% de estudiantes de sexto año ya ha aplicado la toma de decisiones con pacientes; entre los que aún no lo han hecho, el 48.28% no lo ha hecho principalmente por falta de experiencia, y 6.90% no lo hace por falta de oportunidad, y 37.93% no brinda una explicación por qué no lo ha realizado.

Tabla 10: Percepción sobre condiciones y oportunidades para ejercitarse en la toma de decisiones.

	Alumno		Egresado	
	Nº	%	Nº	%
Suficientes	47	34.56%	60	68.18%
Escasas	85	62.50%	28	31.82%
Ninguna	4	2.94%	0	0.00%
<i>No específica</i>	53	59.55%	8	28.57%
<i>Poca oportunidad</i>	21	23.60%	14	50.00%
<i>Falta experiencia</i>	2	2.25%	0	0.00%
<i>Malos o pocos docentes</i>	4	4.49%	1	3.57%
<i>Poco tiempo con pacientes</i>	4	4.49%	0	0.00%
<i>Pocos recursos</i>	3	3.37%	1	3.57%
<i>Mala currícula</i>	0	0.00%	2	7.14%
<i>Otras</i>	2	2.25%	2	7.14%
Total	136	100.00%	88	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Figura 10: Percepción sobre condiciones y oportunidades para ejercitarse en la toma de decisiones.

Interpretación: Cuando el estudiante egresa y se convierte en un médico general integral básico, en su actividad laboral va a interactuar con un paciente, su familia y la comunidad de la que procede, y aplicando el método científico, debe identificar primero cual es el problema (diagnóstico) para, en correspondencia con este, desarrollar un plan de acción dirigido a revertir la situación, a la solución del problema identificado (tratamiento). Diagnóstico y tratamiento, expresado en el lenguaje propio de la profesión, sintetizan la actividad de atención médica integral en calidad de etapas o fases de la misma, y en todo este proceso, debe tomar decisiones de las cuales dependen la conducta de diagnóstico y tratamiento a seguir, sobre todo en la segunda etapa.

Tabla 11: Percepción sobre sus capacidades para tomar decisiones con un paciente

	Alumno		Egresado	
	Nº	%	Nº	%
Muy capaz	59	43.38%	79	89.77%
Poco capaz	76	55.88%	9	10.23%
Nada capaz	1	0.74%	0	0.00%
<i>No especifica</i>	50	64.94%	2	22.22%
<i>Poca práctica</i>	14	18.18%	0	0.00%
<i>Falta experiencia</i>	8	10.39%	6	66.67%
<i>Inseguridad</i>	2	2.60%	0	0.00%
<i>Falta conocimientos</i>	2	2.60%	1	11.11%
<i>Poca oportunidad</i>	1	1.30%	0	0.00%
Total	136	100.00%	88	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Figura 11: Percepción sobre sus capacidades para tomar decisiones con un paciente

Interpretación: Se muestra la percepción de los alumnos y egresados acerca de sus capacidades para la toma de decisiones con pacientes. Entre los alumnos, 43.38% se siente muy capaz, así como 89.77% de egresados. Entre los que no se sienten capaces, el 66.67% de egresados no se siente capaz por falta de experiencia, mientras que 18.18% de alumnos ha tenido poca práctica, y 10.39% por falta de experiencia.

Tabla 12: Percepción sobre la preparación de la universidad para la toma de decisiones

	Alumno		Egresado	
	Nº	%	Nº	%
Sí	110	80.88%	82	93.18%
No	26	19.12%	6	6.82%
<i>No especifica</i>	15	57.69%	0	0.00%
<i>Poca práctica</i>	4	15.38%	2	33.33%
<i>Falta enseñanza</i>	3	11.54%	1	16.67%
<i>Poca oportunidad</i>	2	7.69%	0	0.00%
<i>Grupos muy grandes</i>	1	3.85%	0	0.00%
<i>Poco tiempo con pacientes</i>	1	3.85%	0	0.00%
<i>Otro</i>	0	0.00%	3	50.00%
Total	136	100.00%	88	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Figura 12: Percepción sobre la preparación de la universidad para la toma de decisiones

Interpretación: Se muestra la percepción de los alumnos y egresados. Un 19.12% de alumnos piensa que la universidad no los ha preparado lo suficiente, así como 6.82% de egresados. Entre los alumnos que piensan que no se les ha preparado, 15.38% fue por poca práctica, en 11.54% por falta de enseñanza, 7.69% por pocas oportunidades, y en 3.85% por formar grupos muy grandes o por permanecer poco tiempo con los pacientes. Entre los egresados, un tercio no se siente preparado por la poca práctica entre otras diversas percepciones.

Tabla 13: Percepción sobre la necesidad de la formación en toma de decisiones

	Alumno		Egresado	
	Nº	%	Nº	%
Sí	133	97.79%	86	97.73%
No	3	2.21%	2	2.27%
Total	136	100.00%	88	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Figura 13: Percepción sobre la necesidad de la formación en toma de decisiones

Interpretación: La mayoría de los alumnos (97.79%) y de egresados (97.73%) percibe que es necesaria la formación en toma de decisiones

Tabla 14: Opinión sobre lo que se requiere para que aprenda la toma de decisiones durante la carrera

	Alumno		Egresado	
	Nº	%	Nº	%
Sin respuesta	44	32.35%	10	11.36%
Más prácticas clínicas	32	23.53%	28	31.82%
Casos clínicos	14	10.29%	9	10.23%
Mayor contacto con paciente	13	9.56%	6	6.82%
Buena base teórica	8	5.88%	3	3.41%
Mejores docentes	6	4.41%	1	1.14%
Cursos especiales	2	1.47%	6	6.82%
Más exigencia	3	2.21%	5	5.68%
Más participación	2	1.47%	3	3.41%
Más apoyo de docentes	3	2.21%	1	1.14%
Mejorar equipamiento	2	1.47%	0	0.00%
Grupos más pequeños	1	0.74%	1	1.14%
Guías de manejo	0	0.00%	5	5.68%
Actualización constante	0	0.00%	2	2.27%
Otras	7	5.15%	8	9.09%
Total	136	100.00%	88	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Figura 14: Opinión sobre lo que se requiere para que aprenda la toma de decisiones durante la carrera

Interpretación: con el presente estudio podemos afirmar que el proceso de toma de decisiones debe ser enseñado correctamente en las facultades de medicina, a través de la enseñanza consciente del método científico, y la puesta en práctica de estas habilidades debe realizarse a través de la práctica clínica constante. Es posible que deban realizarse cambios en la currícula para contar con más espacios y tiempos de interacción de los estudiantes con los pacientes durante los años de formación clínica, y segundo, contar con docentes interesados y capacitados en la enseñanza del proceso de toma de decisiones.

Tabla 15: Conocimiento del docente sobre la teoría de toma de decisiones

	Nº	%
Profundos	42	45.65%
Básicos	48	52.17%
Deficientes	2	2.17%
Total	92	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Figura 15: Conocimiento del docente sobre la teoría de toma de decisiones

Interpretación: Se muestra la percepción del conocimiento que tienen los docentes sobre la teoría de toma de decisiones; el 45.65% considera que sus conocimientos son profundos, 52.17% básicos y en 2.17% deficientes.

Tabla 16: Percepción del docente sobre la importancia de la toma de decisiones

	N°	%
No opina	14	15.22%
Habilidad esencial	76	82.61%
No esencial	2	2.17%
Total	92	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Figura 16: Percepción del docente sobre la importancia de la toma de decisiones

Interpretación: La percepción del docente sobre la importancia de la toma de decisiones para el médico fue en 82.61% considerada como una habilidad esencial, y 2.17% como no esencial, mientras que 15.22% no dio alguna opinión.

Tabla 17: Percepción del docente sobre el momento de formación de la toma de decisiones

	Nº	%
Pregrado	62	67.39%
Posgrado	5	5.43%
Ambas	9	9.78%
Previa a estudios	1	1.09%
No opina	15	16.30%
Total	92	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Figura17: Percepción del docente sobre el momento de formación de la toma de decisiones

Interpretación: Se aprecia la percepción del docente sobre el momento en que deben formarse los alumnos sobre el proceso de toma de decisiones; 67.39% de docentes considera que debe ser en pregrado, 5.43% en posgrado, 9,78% en ambas, y 1.09% antes del ingreso a la universidad, y 16.30% no brindó opinión.

Tabla 18: Percepción del docente sobre el proceso de formación de la toma de decisiones

	N°	%
Controlado	46	50.00%
Espontáneo	26	28.26%
Ambas	10	10.87%
Previo a estudios	1	1.09%
No opina	9	9.78%
Total	92	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Figura 18: percepción del docente sobre el proceso de formación de la toma de decisiones

Interpretación: El proceso de formación en la toma de decisiones según el docente debe ser controlado en 50%, espontáneo en 28.26%, ambos procesos en 10,87%, previo a los estudios universitarios en 1.09%, y 9.78% no opinó.

Tabla 19: El docente contribuye a la formación de la habilidad en la toma de decisiones

	Nº	%
Sí contribuye	85	92.39%
<i>No especifica</i>	19	22.35%
<i>Práctica diaria</i>	19	22.35%
<i>Casos clínicos</i>	16	18.82%
<i>Dialogo constante</i>	4	4.71%
<i>Enseñanza de roles</i>	3	3.53%
<i>Transmisión de conocimientos</i>	2	2.35%
<i>Oportunidades supervisadas</i>	2	2.35%
<i>Basado en problemas</i>	2	2.35%
<i>Explicación de método científico</i>	2	2.35%
<i>Lectura constante</i>	2	2.35%
<i>Reflexión diaria</i>	1	1.18%
<i>Otros</i>	13	15.29%
No contribuye	7	7.61%
<i>No especifica</i>	6	85.71%
<i>Solo se requiere práctica</i>	1	14.29%
Total	92	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Figura 19: El docente contribuye a la formación de la habilidad en la toma de decisiones

Interpretación: Se aprecia la opinión que tiene el docente acerca de su papel en la formación de habilidades en la toma de decisiones; el 92.39% considera que sí interviene, a través de la práctica diaria (22.35%), con la realización de casos clínicos (18.82%) u otros, y 7.61% no lo hace, principalmente porque solo se requiere de práctica por parte del alumno.

Tabla 20: El docente considera que al final de la carrera el dominio en la toma de decisiones

	Nº	%
Optimo	16	17.39%
Aceptable	53	57.61%
Deficiente	12	13.04%
No ha ocurrido	1	1.09%
No opina	10	10.87%
Total	92	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Figura 20: El docente considera que al final de la carrera el dominio en la toma de decisiones

Interpretación: Al final de la carrera, el 17.39% de docentes considera que el alumno ha logrado un dominio óptimo en la toma de decisiones, el 57.61% aceptable, y 13.04% un nivel deficiente, con un docente que considera que aún no ha ocurrido y 10.87% que no opina al respecto.

Tabla 21: El docente considera que la enseñanza a la "cabecera del enfermo" es suficiente en la formación de toma de decisiones

	Nº	%
Sí	39	42.39%
<i>Refuerza conocimiento</i>	<i>20</i>	<i>51.28%</i>
<i>Cada paciente es diferente</i>	<i>7</i>	<i>17.95%</i>
<i>Aplicación de teoría</i>	<i>6</i>	<i>15.38%</i>
<i>Mejor comprensión del paciente</i>	<i>4</i>	<i>10.26%</i>
<i>Otros</i>	<i>2</i>	<i>5.13%</i>
No	53	57.61%
<i>No refiere</i>	<i>12</i>	<i>22.64%</i>
<i>Requiere de conocimiento</i>	<i>23</i>	<i>43.40%</i>
<i>No es suficiente</i>	<i>5</i>	<i>9.43%</i>
<i>Requiere de práctica</i>	<i>4</i>	<i>7.55%</i>
<i>Requiere supervisión</i>	<i>2</i>	<i>3.77%</i>
<i>Se da en toda la carrera</i>	<i>1</i>	<i>1.89%</i>
<i>Otros</i>	<i>6</i>	<i>11.32%</i>
Total	92	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 21: El docente considera que la enseñanza a la "cabecera del enfermo" es suficiente en la formación de toma de decisiones

Interpretación: Se muestra la opinión de los docentes acerca de la enseñanza “a la cabecera del enfermo” como técnica para la enseñanza en la toma de decisiones; 42.39% considera que sí es importante, principalmente porque refuerza los conocimientos previos (51.28%), porque es variado ya que cada paciente es diferente (17.95%), porque se aplica la teoría (15.38%) o porque permite la mejor comprensión del paciente (10.26%); el 57.61% de docentes en cambio considera que la enseñanza en la cabecera el enfermo no es suficiente, porque requiere de conocimientos profundos (43.40%), porque no es suficiente (9,43%), requiere de práctica para su realización (7.55%) y además requiere de supervisión (3.77%), entre otras razones diversas.

Tabla 22: El docente considera necesaria alguna estrategia específica durante la carrera de medicina para la toma de decisiones

	Nº	%
No	9	9.78%
Sí	83	90.22%
<i>Casos clínicos</i>	21	25.30%
<i>Práctica clínica</i>	19	22.89%
<i>Más teoría</i>	9	10.84%
<i>Enseñanza continua</i>	7	8.43%
<i>Incluida en la currícula</i>	6	7.23%
<i>Cursos especializados</i>	4	4.82%
<i>Basado en evidencia</i>	3	3.61%
<i>Menos alumnos por grupos</i>	3	3.61%
<i>Educación personalizada</i>	2	2.41%
<i>Otros</i>	9	10.84%
Total	92	100.00%

Fuente: Elaboración propia.

Figura 22: El docente considera necesaria alguna estrategia específica durante la carrera de medicina para la toma de decisiones

Interpretación: Se muestra las estrategias que el docente considera necesarias de forma específica para la toma de decisiones en la carrera de medicina; 90.22% considera que sí se requiere de estrategias específicas, como la realización de casos clínicos (25.30%), la práctica clínica (22.89%), más enseñanza teórica (10.84%), aunque 7.23% considera que ya está incluida en la currícula; en 4.82% de docentes se considera el dictado de cursos especializados, y 3.61% considera que debe usarse la enseñanza basada en evidencia y que debe haber menos alumnos por grupo, para lograr una enseñanza personalizada en 2.41% de casos.

CAPÍTULO IV

PROPUESTA DE MEJORA CONTINUA

4.1 DENOMINACIÓN

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE TAREAS DOCENTES PARA LA FORMACIÓN DE HABILIDADES EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA DE LA ASIGNATURA DE MEDICINA INTERNA

4.2 LOCALIZACIÓN

Distrito: Yanahuara

Provincia: Arequipa

Región: Arequipa

Entidad: Universidad Católica de Santa María

Docentes de la facultad de medicina humana.

Dirección: Urbanización San José S/N – Umacollo

4.3 JUSTIFICACIÓN

El programa de tareas docentes para la formación de la habilidad toma de decisiones, que derivan del método clínico, debería aplicarse en el proceso de enseñanza de la asignatura Medicina Interna en la Facultad de medicina humana.

Los docentes deben tener los conocimientos sólidos y suficientes para enriquecer los contenidos y trabajos que se tienen programados realizar.

Hoy es una necesidad sentida y entendida por aquellos que buscan una mejora en la calidad de la enseñanza universitaria que el docente salga del papel de experto en su disciplina así como que también sea experto en la docencia de la misma, cambiando su rol de transmisor del conocimiento a facilitador del aprendizaje significativo

Esta propuesta permitirá que todos los docentes de la facultad de medicina humana de la cátedra de medicina interna establezcan un adecuado sistema de enseñanza para el desarrollo adecuado de las diferentes habilidades y destrezas en los estudiantes de medicina de los alumnos de la Universidad Católica Santa María de Arequipa.

4.4 OBJETIVOS DEL PROGRAMA

4.1 Poder determinar el nivel de formación de la habilidad toma de decisiones.

4.2 Concretar el grado de confianza de profesores y estudiantes.

4.3 Determinar la posibilidad de aplicación del programa de tareas docentes.

4.5 METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTOS.

El programa de tareas docentes para la formación de la habilidad toma de decisiones en el proceso docente educativo de la asignatura Medicina Interna debe realizarse a través de las siguientes fases: preparatoria, de ejecución y de evaluación.

a) **LA FASE PREPARATORIA** que es la preparación metodológica de docentes de la Cátedra de medicina interna de la Facultad de medicina humana, durante el primer semestre del curso académico 2020.

La preparación se llevará a cabo por medio de actividades metodológicas dirigidas por el autor; donde se debatirá el programa de tareas docentes y serán aprovechados los conocimientos y la experiencia de un claustro de profesores con reconocido prestigio y tradición en la docencia médica para que a través del pensamiento colectivo, perfeccionar las tareas docentes.

El proceso de elaboración y perfeccionamiento colectivo del programa de tareas docentes y de preparación metodológica de los profesores establece un Proyecto que a futuro se deberá aplicar con los docentes de otras especialidades médicas.

b) EN LA FASE DE EJECUCIÓN, se aplicará el programa de tareas docentes en grupos (Numero a determinar de acuerdo al total de alumnos de la promoción) de 3er año de la carrera de Medicina pertenecientes a la Facultad de medicina humana durante el segundo semestre del curso académico 2020.

Los grupos docentes deberán ser conformados por 150 estudiantes, que representaron el 50 % del universo de estudiantes de 3er año de la carrera de Medicina en ese curso académico.

La selección de los grupos docentes para la aplicación inicial de las tareas docentes se realizará mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional (por conveniencia), estará basada exclusivamente en un criterio de factibilidad.

Serán escogidos los grupos docentes que realizaran el proceso docente educativo de la asignatura Medicina Interna en las áreas de hospitalización de los hospitales docentes de la universidad cuyos profesores mostraron mejor preparación inmediatamente después de las actividades metodológicas.

c) LA FASE DE EVALUACIÓN se realizará mediante técnicas de investigaciones cuantitativas y cualitativas:

- Mediante la observación del participante.

- A través de encuestas.
- El uso de la técnica de Iadov.
- Test o prueba pedagógica (examen de desempeño), contemplado en el sistema de evaluación de la asignatura, el cual se realiza en las semanas 18 o 19 del tiempo lectivo de esta.

En la realización de la ejecución de la observación del participante se tiene que considerar lo siguiente como aspecto metodológico:

- Se establecerá como unidades de observación: los alumnos y docentes integrantes en las tareas docentes relacionadas con la visita médica; forma organizativa docente del curso de Medicina Interna donde se aplicara el sistema de tareas docentes.
- Se determinará como conductas a observar en los profesores:
 - Grado de dominio del sistema de tareas docentes.
 - Grado de utilización del sistema de tareas docentes.
 - Comportamiento de la dinámica de la relación alumno-profesor.
 - La ejecución acertada del paso graduado en la instrucción de la habilidad toma de decisiones por los distintos niveles de asimilación del conocimiento.
 - Uso apropiado del control y evaluación de la habilidad toma de decisiones.
- Se determinará como conductas a observar en los estudiantes: Niveles de interés, motivación, disciplina y participación mostrados.
- Grado de confianza del sistema de tareas docentes.
- Grado de independencia en la ejecución del sistema de tareas.
- Grado de dominio del sistema de acciones de la habilidad toma de decisiones.
- Nivel de participación en la evaluación de la formación de la habilidad toma de decisiones.

Se llevarán a cabo cinco actividades de observación a cada grupo docente en los que, según el grado de participación del observador, el autor intervendrá a manera de participante observador dado su estrecho vínculo profesional con los estudiantes y profesores observados.

En estas actividades se deberá crear un clima de buenas relaciones durante el acto de observación que admite una mejor comunicación entre observador-profesor-estudiantes, y contrarrestará el fenómeno de “reactividad”.

Se deberá registrar la información relacionada con las conductas observadas, lo cual incluirá no sólo los hechos, sino también algunos comentarios y reflexiones. Se hará hincapié en la existencia de cambios en los aspectos sujetos a observación con el transcurso del proceso docente educativo de la asignatura. Se aplicó encuestas para conocer a través de sus opiniones, el nivel de satisfacción de los estudiantes y de los profesores de la asignatura sobre varios aspectos relacionados con el uso del sistema de tareas docentes para la formación de la habilidad toma de decisiones.

Se entrevistarán a los alumnos de los grupos que usen el sistema de tareas docentes, elegidos por método aleatorio simple y representen el 50 % del universo. También se encuestarán 20 profesores de la asignatura Medicina Interna seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de tipo casual, pero que incluyan a los profesores de los grupos que utilizaron el sistema de tareas docentes.

Para obtener la información se utilizará un cuestionario constituido por preguntas cerradas, a contestar de forma individual y anónima (apéndices 1 y 2).

La precisión del nivel de satisfacción de los estudiantes y de los profesores con relación a la utilización del sistema de tareas docentes para la formación de la habilidad toma de decisiones se llevó a cabo mediante la técnica de Iadov, según se describe en el (apéndice 3).

Se usará el examen de desempeño de la asignatura para valorar el grado o nivel de formación de la habilidad toma de decisiones médicas.

Este examen consistirá en la demostración por el estudiante del nivel de aprendizaje de las habilidades necesarias para llevar a cabo la función de atención médica integral a pacientes; habilidades que conforman, siguiendo la lógica del método clínico, la estructura de la habilidad toma de decisiones. Los docentes de la asignatura serán instruidos en el registro mediante observación, de la presencia o ausencia en los estudiantes de 10 aspectos considerados indicadores de formación de la habilidad toma de decisiones (apéndice 4); indicadores contemplados en una guía de observación.

Se realizará una triangulación metodológica, que consistió en la contraposición e integración de los resultados de la observación participante, de las encuestas a estudiantes y docentes y del examen de desempeño de la asignatura Medicina Interna, para arribar a conclusiones.

CONCLUSIONES

- PRIMERA.-** Casi la totalidad de docentes de medicina de la Universidad Católica de Santa María perciben al método clínico como importante en el proceso de toma de decisiones, la mayoría tiene conocimientos teóricos básicos para su aplicación, que debe realizarse en pregrado y como proceso controlado, ejerciendo una importante contribución en su enseñanza a través de la práctica diaria y la resolución de casos clínicos
- SEGUNDA.-** Los egresados de medicina de la Universidad Católica de Santa María consideran importante el método clínico en la toma de decisiones, más de la mitad ha tenido condiciones para su aplicación y los que no lo logran es por falta de oportunidades, aunque mejora su capacidad en la toma de decisiones en relación a cuando eran estudiantes.
- TERCERA.-** Los estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Santa María perciben como importante el método clínico en la toma de decisiones, aunque casi la mitad no la aplicado en la práctica por falta de experiencia y oportunidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez de Zayas, C.M. (1999). *La escuela en la vida. Didáctica*. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación; 1999.
- Arteaga, J., Fernández, J.A. (2010). El método clínico y el método científico. *MediSur*, 8 (5),12-20
- Bacallao, G., Bello, B. (2014). El método clínico, situación actual. Revisión bibliográfica. *Acta Médica del Centro*, 8 (2), 131-138
- Bastart, E.A, Reyes, R., González, G. (2013). Concepción didáctica en la estructuración lógica del sistema de habilidades de la asignatura Pediatría. *Rev EDUMECENTRO*, 5(1) ,55-68.
- Bligh, J.; Lloyd-Jones, G.; Smith, G. Early effects of a new problem-based clinically oriented curriculum on students' perceptions of teaching. *Medical Education*, 2000, 34, pp. 487-489.
- Corona Martínez, Luis A.; Fonseca Hernández, Mercedes El razonamiento diagnóstico en el método clínico. La comparación y otros procesos mentales como herramientas del juicio clínico *MediSur*, vol. 10, núm. 1, 2012, pp. 39-46 Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.
- Corona, L.A. (2008). *La formación de la habilidad toma de decisiones médicas mediante el método clínico en la carrera de medicina*. Tesis doctoral en Ciencias Pedagógicas. Universidad de Cienfuegos "Carlos Rafael Rodríguez", Cuba 2008.
- Cruz, J., Hernández, P., Abraham, E., Dueñas, N., Salvato, A. (2012). Importancia del Método Clínico. *Rev Cubana Salud*, 38(3) ,422-37.
- Cruz-Martínez, O., Fragoso-Marchante, M., González-Morales, I., Sierra-Martínez, D. (2010). La relación médico paciente en la actualidad y el valor del método clínico. *MediSur*, 8(5): Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1347>
- Díaz, J., Gallego, B.R., Calles, A. (2011). Bases y particularidades del método clínico en la atención primaria de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 27(2) ,232-44.

- Espinosa, A.D. (2011). Desde Hipócrates, la influencia del maestro ha sido esencial en la enseñanza del método clínico. *Edumecentro*, 3(1), 97-106.
- Gómez Esquer Francisco. Aplicación Interdisciplinar del Aprendizaje Basado en problemas en Ciencias de la Salud: Una herramienta útil para el desarrollo de Competencias Profesionales. *Rev de Docencia Universitaria*, 2008, N° 4, 5-19.
- Hernández, R. (2002). Del método científico al clínico. Consideraciones teóricas. *Rev Cubana Med Gen Integr.*, 18(2), 18-26.
- Ilizástigui, F (2010). El método clínico: muerte y resurrección. *MediSur*, 8, 52-62.
- Martínez, N. L.; Cravioto, A. El aprendizaje basado en problemas, México. *Revista de la Facultad de Medicina de UNAM*, 2002, vol. 45, N° 4.
- Moreno, M.A. (2010). El método clínico, las «buenas prácticas clínicas» y el profesionalismo médico. *MediSur*, 8(5), 64-70.
- Moreno, M.A. (2000). Deficiencias en la entrevista médica: un aspecto del método clínico. *Rev Cubana Med.*, 39, 106-14.
- Pérez, María T. (1986). *Mecanismos de la conducta percepción, pensamiento, acción*. Ediciones Iberoamericanas Quorum, D.L. 1986.
- Salas, R.S. (1999). *Educación en salud. Competencia y desempeño profesionales*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Silva, L. C. (2009). *La investigación biomédica y sus laberintos*. Editorial Díaz de Santos, España 2009.
- Triviño, X., Vásquez, A., Mena, A., López, A., Aldunate, M., Varas, M., Lillo, R., Wright, A. (2002). Aplicación del Examen Clínico Objetivo Estructurado (OSCE) en la evaluación final del internado de pediatría en dos escuelas de medicina. *Rev. médica Chile*, 130(7), 817-824.
- Vernon, M. D. (1979). *Psicología de la percepción*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Hormé., M. D. (1979). *Psicología de la percepción*

- Vidal, L.A., Noda, A., Delgado, M.R.; Báez, E., Fernández, J., Montell, O. (2013). El proceso de enseñanza aprendizaje del método clínico. Una experiencia con estudiantes de 6to año. *Rev. Med. Electrón.*, 35(6),606-613.

APENDICES

Apéndice 1

Cuestionario para los estudiantes que utilizaran el sistema de tareas docentes para la formación de la habilidad toma de decisiones.

Estimado alumno(a):

En el presente curso académico usted tuvo la oportunidad de utilizar un sistema de tareas docentes para facilitar su aprendizaje de cómo tomar decisiones con sus pacientes. Es de sumo interés para sus profesores conocer sus opiniones al respecto, por lo que agradeceríamos que usted respondiera con la mayor sinceridad posible las siguientes preguntas; ello permitirá el perfeccionamiento de la nueva herramienta que hemos puesto en sus manos.

La presente encuesta es anónima y los resultados sólo serán utilizados para los propósitos antes declarados.

1.- En cuanto a la contribución del sistema de tareas docentes al aprendizaje de cómo efectuar el tratamiento a los enfermos, usted considera sentirse:

- ☐ Claramente satisfecho.
- ☐ Más satisfecho que insatisfecho.
- ☐ No definido.
- ☐ Más insatisfecho que satisfecho.
- ☐ Claramente insatisfecho.

2.- En cuanto a la contribución del sistema de tareas docentes al aprendizaje de la distinción entre la “conducta” y el “manejo terapéutico”, para llevar a cabo la etapa del método clínico relacionada con el tratamiento, usted considera sentirse:

- ☐ Claramente satisfecho.
- ☐ Más satisfecho que insatisfecho.
- ☐ No definido.
- ☐ Más insatisfecho que satisfecho.
- ☐ Claramente insatisfecho.

3.- En cuanto a la posibilidad de aplicación del sistema de tareas docentes en la toma de decisiones en sus pacientes atendidos, usted considera sentirse:

- ☐ Claramente satisfecho.
- ☐ Más satisfecho que insatisfecho.
- ☐ No definido.
- ☐ Más insatisfecho que satisfecho.
- ☐ Claramente insatisfecho.

4.- En cuanto a la contribución del sistema de tareas docentes a la adquisición de una visión más integral en la atención a los enfermos, usted considera sentirse:

- ☐ Claramente satisfecho.
- ☐ Más satisfecho que insatisfecho.
- ☐ No definido.
- ☐ Más insatisfecho que satisfecho.
- ☐ Claramente insatisfecho.

5.- En cuanto a la proposición de continuar la utilización del sistema de tareas docentes en la asignatura Medicina Interna, usted considera sentirse:

- ☐ Claramente satisfecho.
- ☐ Más satisfecho que insatisfecho.
- ☐ No definido.
- ☐ Más insatisfecho que satisfecho.
- ☐ Claramente insatisfecho.

6.- En cuanto a la propuesta de aplicación del sistema de tareas docentes en el resto de las disciplinas y asignaturas de la carrera, usted considera sentirse:

- ☐ Claramente satisfecho.
- ☐ Más satisfecho que insatisfecho.
- ☐ No definido.
- ☐ Más insatisfecho que satisfecho.
- ☐ Claramente insatisfecho.

Usted puede expresar cualquier otra opinión o sugerencia que considere necesario.

Apéndice 2

Cuestionario para los docentes sobre el sistema de tareas docentes para la formación de la habilidad toma de decisiones.

Estimado profesor(a):

En el presente curso académico comenzó a ser utilizado un sistema de tareas docentes para facilitar el aprendizaje del estudiante de cómo tomar decisiones con sus pacientes. Es de sumo interés conocer sus opiniones al respecto, por lo que agradeceríamos que usted respondiera con la mayor sinceridad posible las siguientes preguntas; ello permitirá el perfeccionamiento de la nueva herramienta puesta en manos de estudiantes y profesores.

La presente encuesta es anónima y los resultados sólo serán utilizados para los propósitos antes declarados.

1.- En cuanto a la consideración de que el método clínico constituye el método para el aprendizaje de la habilidad *toma de decisiones médicas*, usted considera sentirse:

- ☐ Claramente satisfecho.
- ☐ Más satisfecho que insatisfecho.
- ☐ No definido.
- ☐ Más insatisfecho que satisfecho.
- ☐ Claramente insatisfecho.

2.- En cuanto a la consideración de que el sistema de tareas docentes ayuda a los estudiantes a organizar mejor el tratamiento a aplicar a los enfermos, usted considera sentirse:

- ☐ Claramente satisfecho.
- ☐ Más satisfecho que insatisfecho.
- ☐ No definido.
- ☐ Más insatisfecho que satisfecho.
- ☐ Claramente insatisfecho.

3.- En cuanto a la consideración de que el sistema de tareas docentes facilita la adquisición por los estudiantes de un enfoque más individualizado en el diseño de los planes terapéuticos, usted considera sentirse:

- ☐ Claramente satisfecho.
- ☐ Más satisfecho que insatisfecho.
- ☐ No definido.
- ☐ Más insatisfecho que satisfecho.
- ☐ Claramente insatisfecho.

4.- En cuanto a la contribución del sistema de tareas docentes a que los estudiantes adquieran un enfoque más integral de la asistencia médica, a partir de la concepción biopsicosocial del proceso salud-enfermedad, usted considera sentirse:

- ☐ Claramente satisfecho.
- ☐ Más satisfecho que insatisfecho.
- ☐ No definido.
- ☐ Más insatisfecho que satisfecho.
- ☐ Claramente insatisfecho.

5.- En cuanto a la factibilidad de aplicación del sistema de tareas docentes para la formación de la habilidad de *toma de decisiones médicas*, usted considera sentirse:

- ☐ Claramente satisfecho.
- ☐ Más satisfecho que insatisfecho.
- ☐ No definido.
- ☐ Más insatisfecho que satisfecho.
- ☐ Claramente insatisfecho.

6. En cuanto a la proposición de continuar la utilización del sistema de tareas docentes en la asignatura Medicina Interna, usted considera sentirse:

- ☐ Claramente satisfecho.
- ☐ Más satisfecho que insatisfecho.

___ No definido.

___ Más insatisfecho que satisfecho.

___ Claramente insatisfecho.

7.- En cuanto a la propuesta de aplicación del sistema de tareas docentes en el resto de las disciplinas y asignaturas del grupo de la profesión de la carrera, para la sistematización y adecuada formación de la habilidad *toma de decisiones médicas*, usted considera sentirse:

___ Claramente satisfecho.

___ Más satisfecho que insatisfecho.

___ No definido.

___ Más insatisfecho que satisfecho.

___ Claramente insatisfecho.

Usted puede expresar cualquier otra opinión o sugerencia que considere necesario.

Apéndice 3

Técnica de Iadov utilizada para precisar nivel de satisfacción de estudiantes y docentes sobre aspectos relacionados con la utilización del sistema de tareas docentes para la formación de la habilidad toma de decisiones.

- Los sujetos encuestados utilizaron la siguiente escala de satisfacción para expresar sus opiniones en cada aspecto explorado:
 - a) Claramente Satisfecho.
 - b) Más satisfecho que insatisfecho.
 - c) No definido.
 - d) Más insatisfecho que satisfecho.
 - e) Claramente Insatisfecho.
- A cada categoría de la escala de satisfacción se le asignara un valor, de la siguiente forma:
 - a) Claramente Satisfecho (máxima satisfacción): (1)
 - b) Más satisfecho que insatisfecho: (0.5)
 - c) No definido: (0)
 - d) Más insatisfecho que satisfecho: (-0.5)
 - e) Claramente Insatisfecho (máxima insatisfacción): (-1)
- Se calculará el *índice de Iadov* para cada aspecto explorado mediante la siguiente fórmula:
$$I = a (+ 1) + b (0.5) + c (0) + d (- 0.5) + e (-1) N$$
Donde a, b, c, d y e representan el número de sujetos contabilizados en las correspondientes categorías de la escala de satisfacción y N representa el total de sujetos encuestados.

Los resultados del *índice de Iadov* oscilan entre -1 y 1.
- Se interpretará el *índice de Iadov* de la siguiente manera:

Nivel de satisfacción

SATISFACCIÓN: valores comprendidos entre 0.5 y 1

CONTRADICCIÓN: valores comprendidos entre -0.49 y 0.49

INSATISFACCIÓN: valores comprendidos entre -0.5 y -1

Apéndice 4

Aspectos a considerar en el examen de desempeño de la asignatura Medicina Interna, en calidad de indicadores de la formación de la habilidad toma de decisiones.

1. El estudiante realiza un interrogatorio detallado sobre el problema del enfermo.
2. El estudiante utiliza la información obtenida al interrogatorio para orientar el examen físico.
3. La indicación de exámenes complementarios está fundamentada en planteamientos clínicos.
4. La interpretación de toda la información obtenida para la conformación del diagnóstico es correcta.
5. El estudiante determina de forma separada la conducta a seguir y el manejo terapéutico a aplicar, y por ese orden.
6. El estudiante considera en su ejecución la existencia de opciones de conductas preestablecidas.
7. El plan terapéutico elaborado contiene medidas farmacológicas y medidas no farmacológicas.
8. El alumno utiliza información y datos que le permiten individualizar las decisiones.
9. Las decisiones tomadas son correctas a la luz de los conocimientos científicos actuales.
10. El estudiante respeta la lógica de la habilidad, lo que incluye la evaluación de las decisiones en aquellos casos que sea posible.

Apéndice 5: Ficha de encuesta estudiante

Ficha N° _____

- Edad: _____ años Sexo: _____
- Año de estudio: _____

Cuestionario para estudiantes participantes en el estudio exploratorio.

Estimado alumno:

Estamos realizando una investigación que aborda el tema relacionado con la toma de decisiones por el médico en su labor asistencial. La presente encuesta está dirigida a obtener algunas opiniones sobre aspectos relacionados con esta temática. Usted ha sido escogido para cumplir este propósito. Esta encuesta es anónima y le aseguramos que la información aquí recogida será sólo de uso para los fines de la investigación.

Le agradeceríamos mucho su cooperación en responder esta encuesta, dada la importancia que tiene su opinión en relación con el tema que abordamos.

1.- ¿Usted considera que para el médico es importante tomar decisiones en la atención a enfermos?:

_____ Si _____ No

2.- ¿Considera usted que ha tomado decisiones con pacientes?:

_____ Si _____ No

Si su respuesta es No, especifique por qué.

3.- Usted considera que las condiciones y oportunidades para ejercitarse en la toma de decisiones han sido:

_____ Suficientes

_____ Escasas

_____ Ninguna

Si su respuesta es alguna de las dos últimas opciones, especifique por qué.

4.- Con relación a sus capacidades para tomar decisiones con un paciente, considera usted sentirse:

_____ Muy capaz

_____ Poco capaz

_____ Nada capaz

Si su respuesta es alguna de las dos últimas opciones, especifique por qué.

5.- ¿Considera usted que la carrera de Medicina lo ha preparado para tomar decisiones con los pacientes?:

_____ Si _____ No

Si su respuesta es No, especifique por qué.

6.- ¿Considera usted necesario que el aprendizaje de cómo tomar decisiones en la atención a pacientes ocupe un lugar más relevante en el proceso de formación de los médicos?:

_____ Si _____ No

7.- ¿Qué considera usted necesario para que durante la carrera, el estudiante aprenda a tomar decisiones con sus pacientes?

Observaciones:

.....

.....

Apéndice 6: Ficha de encuesta docente

Ficha n° _____

- Edad: _____ años Sexo: _____
- Estudios de postgrado: Maestría ☐ Doctorado ☐
Especialidad: _____
- Curso principal que imparte: _____
- Tiempo de labor como docente: UCSM _____ Otra _____

Estimado profesor:

Estamos realizando una investigación que aborda el tema relacionado con la toma de decisiones por el médico en su labor asistencial. La presente encuesta está dirigida a obtener algunas opiniones sobre aspectos relacionados con esta temática.

Usted, en consideración a su prestigio como profesor, ha sido escogido para cumplir este propósito. Esta encuesta es anónima y le aseguramos que la información aquí recogida será sólo de uso para los fines de la investigación.

Le agradeceríamos mucho su cooperación en responder esta encuesta, dada la importancia que tiene su opinión en relación con el tema que abordamos.

1.- ¿En qué consiste para usted el acto de *tomar decisiones*?:

2.- ¿Considera usted que sobre la teoría para tomar decisiones sus conocimientos son:

_____ Profundos

____ Básicos o elementales

____ Deficientes

____ Nulos

3.- ¿Considera usted la toma de decisiones como una habilidad de la profesión médica?:

____ Si ____ No

¿Por qué?

Si su respuesta es No, no es necesario que continúe respondiendo el cuestionario.

4.- ¿Considera usted que es una habilidad profesional esencial o no esencial?:

5.- ¿Considera usted que se debe formar durante la carrera o durante la etapa de postgrado?:

6.- ¿Considera usted que la formación de esta habilidad es un proceso espontáneo o controlado?:

7.- ¿Contribuye usted a la formación de esta habilidad en los educandos?:

____ Si ____ No

Si su respuesta es No, especifique por qué y pase para la pregunta 10.

8.- ¿Cómo lo lleva a cabo?:

9.- ¿Considera usted que al finalizar la carrera el dominio de la habilidad de toma de decisiones es:

____ Óptimo

____ Aceptable

____ Deficiente

____ No ha ocurrido en absoluto

Si su respuesta es alguna de las dos últimas opciones, especifique por qué.

10.- ¿Considera usted que el aprendizaje “a la cabecera del enfermo” es una condición suficiente para la formación de la habilidad de toma de decisiones?:

_____ Si _____ No

¿Por qué?

11.- ¿Considera usted necesaria la existencia de alguna estrategia específica dirigida a la formación, durante la carrera de medicina, de la habilidad de toma de decisiones?:

_____ Si _____ No

12.- De forma general, ¿cómo usted considera que debe estar conformada esta estrategia?:

Observaciones:

.....

.....

Apéndice 7: Ficha de encuesta egresado

- Edad: _____ años Sexo: _____
- Estudios de postgrado: Maestría ☐ Doctorado ☐
- Especialidad que realiza: _____
- Año de residencia: Primero ☐ Segundo ☐ Tercero ☐ Cuarto ☐

Estimado doctor:

Estamos realizando una investigación que aborda el tema relacionado con la toma de decisiones por el médico en su labor asistencial. La presente encuesta está dirigida a obtener algunas opiniones sobre aspectos relacionados con esta temática.

Usted ha sido escogido para cumplir este propósito. Esta encuesta es anónima y le aseguramos que la información aquí recogida será sólo de uso para los fines de la investigación.

Le agradeceríamos mucho su cooperación en responder esta encuesta, dada la importancia que tiene su opinión en relación con el tema que abordamos.

1.- ¿Usted considera que para el médico es importante tomar decisiones en la atención a enfermos?:

_____ Si _____ No

2.- Usted considera que las condiciones y oportunidades durante la carrera para ejercitarse en la toma de decisiones fueron:

_____ Suficientes

_____ Escasas

_____ Ninguna

Si su respuesta es alguna de las dos últimas opciones, especifique por qué.

3.- Con relación a sus capacidades para tomar decisiones con un paciente, considera usted sentirse:

_____ Muy capaz

_____ Poco capaz

_____ Nada capaz

Si su respuesta es alguna de las dos últimas opciones, especifique por qué.

4.- ¿Considera usted que la carrera de Medicina lo ha preparado para tomar decisiones con los pacientes?:

_____ Si _____ No

Si su respuesta es No, especifique por qué.

5.- ¿Considera usted necesario que el aprendizaje de cómo tomar decisiones en la atención a pacientes ocupe un lugar más relevante en el proceso de formación de los médicos?:

_____ Si _____ No

6.- ¿Qué considera usted necesario para que durante la carrera, el estudiante aprenda a tomar decisiones con sus pacientes?

Observaciones:

.....

.....